ROK VIII WARSZAWA 1934 CZERWIEC ZESZYT VI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Niemoc płciowa u mężczyzn jej patogeneza i racjonalne leczenie.

PODAŁ
DR. MARGIEL EDMUND,
Lekarz Szpitala Powszechnego we Lwowie.

(Dokończenie).

Terapja niemocy płciowej nie należy do rzeczy łatwych i nie zawsze jest wdzięczną. Do pewnego stopnia można pobieżnie przedstawić tu metodykę leczenia przy uwzględnieniu przyczyny i indywidualności chorego.

W leczeniu niemocy płciowej mężczyzn stosujemy:

A) Elektroleczenie,
B) Wodoleczenie,
C) Leczenie masażami i wibracją,
D) Leczenie hormonami wzgl. wyciągami z grucz. o wewn. wydziel.,
E) Leczenie lekami farmaceutycznemi,
F) Psychoterapję.

Zanim jednak zdecydujemy się na jeden lub więcej sposobów leczenia, musimy zorjentować się dokładnie z jakiego rodzaju niemocą mamy do czynienia i wyłączyć schorzenia organiczne. W tym celu należy zebrać jak najdokładniejsze wywiady i jak najdokładniej badać.

Osobisty urok i wpływ lekarza, zaufanie do niego, jego prestige, pierwsza wizyta, decyduje często o efekcie dalszego leczenia. Osoba lekarza, jego autorytet, mają duże znaczenie, jednakowoż nie jest tak, jak się często słyszy, że cała terapja od tego zależy. Wpływ lekarza, jeśli chodzi tylko o jego prestige, często jest tylko zewnętrzną sprawą i przemija bardzo szybko. Psychoterapja nie jest osobistą właściwością danego lekarza i nie jest prawdą, że może być przeprowadzona tylko przez pewnych lekarzy, specjalnie do tego uzdolnionych. Zdarza się jednakowoż, że osobiste właściwości danego lekarza utrudniają, lub w pewnych wypadkach może uniemożliwiają psychoterapję, to jednak należy do rzadkości.

Przedewszystkiem należy pacjentowi dać czas do wypowiedzenia swych skarg. Niektórzy chorzy chcą tylko zapewnienia, że choroba ich nie jest organiczną i że jest

uleczalną. Gdy chory już wszystkie swe skargi, jakby jednym tchem, wypowiedział, powinien lekarz przez umiejętne a taktowne podsuwanie pytań, podniecać do dalszych zwierzeń. Następnie jaknajdokładniej badać, by przedewszystkiem uniknąć omyłki i nie przeoczyć sprawy organicznej wewnętrznej czy systemu nerwowego, a po drugie dokładne badanie wywiera na chorym duże wrażenie, pewność, że lekarz będzie zorjentowany co do istoty choroby i potęguje zaufanie do lekarza, co przy leczeniu niemocy płciowej, obojętnie jakiej natury, jest niesłychanie ważne.

Po zbadaniu chorego, informujemy go co znaleźliśmy, biorąc pod uwagę kulturę jego, wykształcenie i wiek. Zapewniamy pacjenta, że choroba nie jest organiczną, ani niebezpieczną i że jest uleczalną, przy odpowiedniem leczeniu. Tłomaczymy krótko na czem choroba polega, przepisujemy tryb życia, wyłączamy niektóre szkodliwości jak alkohol, nikotynę i t. p. regulujemy sen, jedzenie, pracę fizyczną i umysłową.

Ze środków nasennych nie należy podawać bromu. U pacjentów przedenerwowanych nie można stosować bromu, gdyż obniża popęd, lecz zamiast niego należy podawać pewnie działającą passiflorinę. Stosuje się 3 razy dziennie po 2 łyżeczki kawowe przed jedzeniem, jako środek nasenny przed spaniem 1 łyżkę stołową.

Bardzo ważne jest dla efektu leczniczego, by chory nie odnosił wrażenia, że lekarz nie ma czasu dla niego. Jest rzeczą techniki i taktu lekarza, by chorzy odnosili wrażenie, że poświęca im się dużo czasu i zainteresowania.

1) Elektroterapja.

Bardzo często zadaje się pytanie, czy elektroterapja ma jakąś wartość a jeżeli tak, na czem ona polega?

Niektórzy autorowie zaprzeczają, jakoby wogóle miała jakiekolwiek znaczenie. Obok tego zupełnego sceptycyzmu istnieją zapatrywania inne, mianowicie, że elektroleczenie ma duże znaczenie, ale nie swoiste, właściwe tylko prądowi, lecz że czynnikiem działającym jest moment psychiczny — sugestja.

Gdyby tak było, nie byłoby potrzeba: anody czy katody, galwanicznego czy faradycznego prądu, nie trzeba byłoby żadnej metodyki, lecz tego efektu psychicznego poszukiwalibyśmy w inny sposób imponujący: skurczami mięśni, zaczerwienieniem naskórka, trzaskaniem iskier i t. p.

Część działania prądu jest niewątpliwie psychiczna, lecz to się ostatecznie odnosi do mechano-hydro- i farmakoterapji, jednak nie tylko w psychicznem działaniu leży wartość lecznicza prądu. Trudno byłoby zrozumieć, by prąd, który daje tak piękne efekty, poza ciałem ludzkiem, w ciele miałby być bez znaczenia. Prąd ma działanie specyficzne, jemu tylko właściwe. Dowiodły to badania *E. Remaka, Pauli Philippson, Reida, Dejerine'a, Friedländera* i innych. Nie wiemy na czem polega swoistość prądu, ale istnieje ona i to wyklucza sugestję jedynie.

Istota działania prądu jest trudna do określenia i jest tylko hypotetyczna. Pierwsza hypoteza wypływa z własności fizykalnych prądu. Prąd wpływa na drobiny ustroju, przyśpieszając lub zwalniając ich kierunek. *Frankenhäuser, Schatzky, Leduc* twierdzą, że ustrój ludzki składa się z elektrolitów, częściowo dodatnich, częściowo ujemnych — jonów. Jeżeli prąd dopływa do ciała, następuje ruch jonów: anjonów do anody, katjonów do katody. Na tej wędrówce jonów polega istota działania prądu w ciele.

Nernst wyobraża sobie — wychodząc z założenia, że poszczególne tkanki są elektrolitami różnego składu — że jony wędrujące wywołują zmiany koncentracji, częściowo zaś tworzą nowe drobiny. *Schatzky* tłomaczy działanie anody, zmniejszające ból, też na podstawie wędrowania jonów: prąd z anody doprowadza tlen z tkanek do czuciowych zakończeń nerwowych i usuwa substancje mechanicznie drażniące.

Bethes tłomaczy jeszcze w inny sposób wpływ leczniczy prądu. Podczas gdy prąd galwaniczny przepływa przez nerw, występują w nim zmiany chemiczno-fizykalne. Elementem przewodzącym w każdym żyjącym nerwie jest kwas włókienek, związany chemicznie z neurofibrillami włókna osiowego. Kwas ten jest w nerwie spoczynkowym równomiernie rozłożony, gdy jednak przepływa prąd, połączenie z włókienkami zmienia się o tyle, że odpływa on z anody ku katodzie, a z kwasem tym — ponieważ on właśnie jest przewodnikiem pobudliwości — odpływa pobudliwość w ten sposób, że w obrębie katody pobudliwość jest zwiększona, w pobliżu

zaś anody zmniejszona, kat-i anelektrotonus.

Im silniejszy prąd, tem większe są różnice biegunowe, a trwają one przez cały czas działania prądu.

Ogólnie więc, obok efektu psychicznego, prąd wytwarza w ciele ludzkiem fizykalno-chemiczne zmiany wpływu na naczynia, pobudliwość nerwową, na skurcz mięśni gładkich i prążkowanych, stwarza bodźce skórne, wywołuje zmiany ciśnienia krwi *(Freund, Simo, Fishel)* i zmiany we krwi: po faradyzacji występuje limfocytoza i spadek neutrofilów. Który z tych efektów w danym wypadku i przy danej metodyce najlepiej da się zastosować, zależne jest od przypadku, opierać musimy się na empirji.

Cały szereg autorów sprzeciwia się leczeniu niemocy płciowej prądem, kierując te przypadki do leczenia hypnozą, perswazją, psychoanalizą. Jest to oczywiście przesada, spowodowana przekonaniem, że niemoc płciowa powstaje wyłącznie z powodu zwiększonego oporu, podczas gdy niewątpliwie istnieją i występują bardzo często postacie niemocy z powodu zbyt słabego napięcia, w których to przypadkach przyczyną nie jest dusza ludzka i wypływające z niej czynniki hamujące, lecz system gruczołów o wewn. wydzielaniu.

Podczas leczenia stanów nerwicowych często musimy zmieniać sposób leczenia. U jednych duży efekt wywołuje prąd faradyczny, u innych galwaniczny. Elektroterapja ma tu nietylko znaczenie drażniące skórę i narząd krążenia, lecz wywiera też i działanie na głębsze części. Wskutek podrażnienia mięśni i skóry, wpływa na przemianę materji, podnosi apetyt i stan odżywienia. Wskutek silnego bodźca skórnego powstają rozmaite, reflektoryczne wpływy na układ ośrodkowy. W każdym więc przypadku elektroterapja psychoneuroz, do których należy zaliczyć większość postaci niemocy płciowej — jest bardzo wartościowym środkiem pomocniczym w leczeniu.

W elektroleczeniu odróżniamy 2 sposoby:

a) l e c z e n i e o g ó l n e i b) l e c z e n i e m i e j s c o w e. Do sposobu pierwszego należy ogólna faradyzacja całego ciała, działająca na cały układ nerwowy. Sposób stosowania: wałek wilgotny, prąd średnio silny, niebolesny, 15—20 minut. Pierwsze posiedzenie wywołuje u niektórych zmęczenie, po kilku dniach zaznacza się działanie lecznicze. Zdarzają się przypadki, w których prąd faradyczny bywa źle znoszony, stosujemy wówczas galwaniczny: Ka (katoda) na miejscu obojętnem, An (anoda) wałkowa, mniejsza, 20—30 cm., przez 30 minut, prąd słaby, ledwie wyczuwalny, stopniowo po każdem posiedzeniu silniejszy. Działanie uspakajające. Z prądów faradycznych stosujemy szczotkę metalową na kręgosłup. Przy prądzie galwanicznym: duża An na karku, Ka o 30 cm. w postaci wałka przesuwamy wzdłuż kręgosłupa ku górze i dołowi. Inny sposób stosowania: An duża, 50—100 cm. brzuch, Ka równej wielkości na lędźwiową część kręgosłupa. Stosować można prądy wstępujące i zstępujące: 2 równej wielkości elektrody, dobrze wilgotne, około 50 cm., umieszczamy na obu końcach kręgosłupa, An na części szyjnej, Ka na lędźwiowej. Prąd 3—8 mA, czas 8—10 min. Inni autorowie stosują kierunek odwrotny, a więc wstępujący, elektrody po 100 cm. i 10—15 min. Bardzo dobrym sposobem, stosowanym głównie w przedwczesnym wytrysku jest prąd wstępujący: An na lędźwie, Ka na krocze.

Z często stosowanych sposobów leczenia prądem galwanicznym zasługuje jeszcze na polecenie nasiadówka galwaniczna. Wanna musi być porcelanowa, kamionkowa lub drewniana, powinna stać na izolatorach porcelanowych, by usunąć połączenie z ziemią, nawet rura odpływowa powinna być — wg. *Kowarschika* — izolowana. Kąpiel może być jedno — lub dwubiegunowa, katodowa lub anodowa. Prąd o sile 100—150 mA stosuje się bardzo powoli, najpierw 10 potem 20 — 30 min. Bóle nie występują nawet przy bardzo silnych prądach 200 — 250 mA, jaki stosuje *Wetchy.*

Kąpiel galwaniczna ma działanie uspakajające, podczas gdy kąpiel faradyczna, zwłaszcza silna i krótka, działa podniecająco. Wskazania i przeciwwskazania są jasne.

Szczupłość miejsca nie pozwala mi omówić bardzo dobrego działania prądów d'Arsonvala i djatermji.

Stosowanie djatermji przy przegrzewaniu jąder sposobem podanym przez *K. Mayra* daje bardzo dobre wyniki w postaciach niemocy z brakiem lub obniżeniem popędu i słabą erekcją, we wieku

starszym i w rzadkich postaciach anestezji płciowej.

2. Masaże i wibracja.

Stosuje się często masaże ogólne, celem podniesienia napięcia wazomotorów. Do tego dołącza się nacierania kręgosłupa wodą kolońską, rozcieńczonym spirytusem lub tak zw. wódką francuską. Działanie jest ogólnie wzmacniające, do tego dołącza się wpływ sugestywny.

3) Wodolecznictwo.

Stosuje się tutaj tusze szkockie wzdłuż kręgosłupa, natryski ogólne, kąpiele kwaso-węglowe w stanach podniecenia z dodatkiem soli kąpielowych bromowych. Działanie jak przy masażach.

Przychodzimy obecnie do jednej metody leczenia, która tem się różni od poprzednich sposobów, że stosunkowo najmniej ma działania sugestywnego. Jest to opoterapja, organoterapja.

4) Organoterapja.

Jest to jedna z najważniejszych gałęzi terapji. Przed 40 laty *Brown-Sequard* wystąpił ze swem „liquide testiculaire". Pojęcie wewnętrznego wydzielania wprowadził on w r. 1869 i określił to w sposób następujący: wszystkie gruczoły, czy mają drogi wyprowadzające, czy nie, dostarczają ustrojowi pewnych substancyj, koniecznych do życia i rozwoju. Praktycznie udowodnił to dopiero w r. 1889, sam sobie nawet wstrzykiwał wyciągi z jąder. Były to pierwsze próby organoterapji. Substancja biologicznie czynna danego narządu (bez dróg wyprowadzających) jest to ta substancja, która dostawszy się do krwiobiegu, działa na korzyść organizmu, a jest swoistą dla danego gruczołu. Dosyć niedawno odkryto sposób mianowania organopreparatów sposobem *Allana i Doisy*, dzięki pracom w tym kierunku *Zondeka* i *Aschheima*.

Ideałem badań nad nauką o wewn. wydzielaniu jest wynalezienie tych ciał, ich chemicznej charakterystyki, stosunku narządów względem siebie i organizmu, wgląd w dokładny mechanizm działania tych ciał zwanych hormonami. Nazwa pochodzi od *Baylissa i Starlinga*, ze słowa ὁρμάω — pobudzać, podrażniać.

Najnowsze doświadczenia doprowadziły do poznania, że hormony płciowe na drodze czysto chemicznej, erotyzują system centralny, wywołują popęd i czynności płciowe. Ponadto podniecają osłabioną działalność gruczołów o wewn. wydzielaniu i w ten sposób prowadzą do stałego erotyzowania mózgu. Tem różnią się one od aphrodisiaków farmaceutycznych, których działanie obejmuje centra niższe, głównie ośrodki erekcyjne, a polegające na rozszerzeniu naczyń prącia i na podwyższeniu odruchowej pobudliwości rdzenia. Hormony działają na najwyższą instancję — mózg.

Organoterapja ma za zadanie leczenie pewnych schorzeń, substancjami, które znajdują się w narządach o wewn. wydzielaniu. Celem organoterapji jest najczęściej zastąpienie narządu, który sam jest niezdolny do produkowania hormonów, lub wzmocnienie danego narządu, by później już sam mógł wytwarzać, przez dostarczenie z zewnątrz przemianie ustrojowej brakujących substancji z równorzędnych narządów zwierzęcych.

Niedawno jeszcze chorzy musieli spożywać sam narząd — szybko jednak postarano się ten sposób zastąpić wygodniejszym i przyjemniejszym z dwu przyczyn: z powodu trudności w utrzymaniu danego gruczołu w stanie świeżym, po drugie z powodu nieprzepartego wstrętu, jaki chorzy okazywali, prędzej czy później. W tym celu przystąpiono do otrzymywania wyciągów z odpowiedniego narządu. Otrzymywać je można dwoma sposobami:

a) przy pomocy rozmaitych rozpuszczalników jak woda, alkohol, gliceryna, zasady i t. p.

b) przez wysuszanie narządów odpowiednich, zmiażdżonych, które po usunięciu wody rozmaitemi sposobami np. kwasem siarkowym zamieniają się w proszek. Okazuje się, że mniejsza lub większa obecność hormonów w danym wyciągu czy preparacie zależna jest w znacznym stopniu od sposobu otrzymywania. Zależna jest też od całego szeregu innych czynników, od:

1) czasu trwania wysuszania (zbyt dłu-

gi czas umożliwia rozkład tkanki gruczołowej), od

2) temperatury, która powyżej 50 niszczy wiele substancji, od

3) dostępu powietrza, które utlenia niektóre substancje biologicznie czynne.

Dziś nauczono się otrzymywać wyciągi jak najstaranniej, przy jak najmniejszej stracie substancji czynnych. Jest to sprawa techniki laboratoryjnej.

H o r m o n o t e r a p j a j e s t t o p r ó b a d o s t a r c z e n i a o r g a n i z m o w i s u b s t a n c j i, o k t ó r y c h p r z y j m u j e m y, ż e s p e ł n i a j ą d a n ą r o l ę w u s t r o j u a w d a n y c h w y p a d k a c h n i e m a i c h w o r g a n i ź m i e l u b s ą w n i e d o s t a t e c z n e j i l o ś c i l u b s k ł a d z i e. W tej terapji nasuwa się cały szereg pytań, z których 3 są najbardziej istotne:

1) czy droga wprowadzenia danej substancji do ustroju, możemy wpłynąć na przebieg schorzenia ewent. je usunąć?

2) w jaki sposób otrzymać z danego narządu w sposób chemiczny materjał charakterystyczny?

3) czy należy w danem schorzeniu podawać jeden gruczoł, czy kilka, by stworzyć ogólną optymalną sytuację hormonalną.

Wraz z chemikami przyjmujemy, że hormon chemicznie nie jest skomplikowany. Hormony i witaminy są to pojęcia pokrewne, należą do grupy amido — wzgl. aminokwasów.

Pamiętać musimy, że gruczoły o wewn. wydzielaniu, zarówno morfologicznie, jak i fizjologicznie zależne są od warunków zewnętrznych, wśród jakich żyje zwierzę laboratoryjne np. od paszy, wieku, temperatury. Np. substancja czynna tarczycy różni się znacznie u zwierząt w różnych okolicach.

Cały szereg preparatów mimo szumnej reklamy nie zawiera hormonów, stąd ich ujemne działania i brak efektu leczniczego; niektóre odpowiednio przygotowane, a podane drogą doustną nie działają, mimo, że zawierają dużo hormonów, gdyż biologicznie czynne związki łatwo ulegają rozpadowi w przewodzie pokarmowym i tylko mała część dostaje się do krwioobiegu. Bardzo ważną sprawą we fabrykacji jest kwestja materjału i jego konserwacji. Tylny płat przysadki, trzustka, już po kilku godzinach magazynowania, wykazują dużą utratę substancji biologicznie czynnych, przy dalszem przygotowywaniu traci się bardzo dużo. Tak jak w preparatach farmaceutycznych tak i w zwierzęcych dbać musimy o jak najdokładniejszą analizę chemiczną. Niestety, znamy tylko chemiczny skład adrenaliny, innych nie znamy, lub jeszcze bardzo mało. Próbujemy hormony metodami farmakologicznemi lub kolorymetryczną metodą *Folina* jak np. przy adrenalinie. Metoda ta nie jest pewna, gdyż nie odróżnia np. l-adrenaliny od d-adrenaliny, syntetycznej, mniej czynnej.

Jeśli chodzi o przysadkę mózgową, *J. J. Abel* uzyskał chemicznie czysty preparat, z którego 0,2 mg wypada na 1 gr. tkanki grucz. Działanie próbujemy farmakologicznie na wyciętej macicy świnki morskiej. *Voegtlin* uzyskał proszek jako preparat standaryzowany: wysuszony acetonem 1 mg = 7 mg. świeżej substancji tylnej przysadki wołowej. Komisja międzynarodowa zaproponowała następujące oznaczenie jednostki, że jest to działanie na macicę 0,5 mg. proszku *Voegtlina* = = 3,5 mg. świeżej tylnej przysadki.

Niektórych hormonów w sposób chemiczny nie da się wykazać, o obecności ich wiemy jedynie z działania na żywy ustrój, lub orjentujemy się co do ich działania na podstawie zaburzeń, jakie powstają w organiźmie przy wypadnięciu ich czynności. Jądra nie mają chemicznego odczynu, jest tylko fizjologiczny, a o działaniu hormonów jądrowych orjentujemy się na podstawie zaburzeń przy ich braku lub upośledzonej czynności.

Jądra mają obok wydzielania zewn. t. j. nasienia i wydzielanie wewn. W grę wchodzi tu c z ę ś ć ś r ó d m i ą ż s z o w a z k o m ó r k a m i L e y d i g a. T a c z ę ś ć j e s t m i e j s c e m w y d z. w e w n. Komórki Leydiga zostały odkryte w r. 1850, są pochodzenia mezodermalnego, leżą między kanalikami nasiennymi w konglomeratach, zawierają ziarenka zasadochłonne i lipoidy. Od czasu *Bouin* i *Ancela* przyjmuje się ogólnie, że ta część jąder produkuje hormony. Jako dowód służy rozwijanie się cech płciowych drugorzędnych przy obustronnym kryptorchizmie, przy zanikłych i hialinowo zwyrodniałych kanalikach nasiennych, a dobrze utrzymanych komórkach Leydiga. Badania *Steinacha* dowiodły niezbi-

cie, że nie komórki kanalików nasiennych, l e c z t k a n k a ś r ó d m i ą ż s z o w a z k o m ó r k a m i L e y d i g a, d a j e w z r o s t c z ę ś c i p ł c i o w y c h, c i e l e s n e c e c h y p ł c i o w e t w o r z ą s p e c y f i c z n y n a s t r ó j p ł c i, e r o t y z u j ą s y s t e m c e n t r a l n y w w y n i k u c z e g o d o p i e r o p o w s t a j e p o p ę d i c z y n n o ś c i p ł c i o w e. Wytrzebienie przed okresem pokwitania wstrzymuje zupełnie dalszy rozwój części rodnych i daje cały szereg objawów wypadnięcia czynności jąder dobrze znanych. Po okresie pokwitania następuje redukcja części płciowych, popęd zanika zarówno przed jak i po okresie pokwitania, choć istnieje tak zw. mózgowy popęd płciowy.

Jądra wpływają na inne gruczoły o wewn. wydzielaniu. Kastracja wywołuje przerost kory nadnercza, powiększenie przysadki, grasicy a jej fizjologiczna inwolucja przeciąga się. Według *Biacha* i *Hullesa* występuje zanik szyszynki.

Pouchet przypuszcza, że jądra mają duży wpływ podniecający na przemianę materji, doświadczenia na kastratach świadczą o czemś przeciwnem. Według *Backheima* wyciąg z jąder ma wzmagać wydzielanie wody i soli, według *Sterna* i *Lokchina* jądra obniżają przepuszczalność dla kolloidów, według *Förstera* zwiększają chronaksję. *Worobjew* podaje, że hormon jądrowy w małych dawkach wzmaga, w dużych obniża pobudliwość nerwów motorycznych.

Badania nad hormonami jądrowymi dalekie są od ukończenia; wiele punktów jest jeszcze niejasnych, wiele zupełnie nieznanych. Z jednem jednakowoż zgadzają się wszyscy autorowie w/g badań *Brown-Sequarda, Pregla, Schacherla, Januschkego* i wielu innych, że: w y c i ą g z j ą d e r j e s t p o t ę ż n e m t o n i k u m d l a o b u p ł c i.

Cały szereg gruczołów o wewn. wydzielaniu stoi na drodze krwionośnej w ścisłym związku z jądrami i odwrotnie.

Wypadnięcie czynności s z y s z y n k i w młodym wieku daje przedwczesny rozwój płciowy z upośledzeniem inteligencji, działa więc ona hamująco na rozwój czynności płciowych *(Marling Frankl-Hochwart, Hofstätter)*. Fizjologicznie rozwija się ona u człowieka do 7 r. życia potem ulega powolnemu zanikowi. Guzy w zakresie szyszynki często dają przedwczesny rozwój płciowy. Próby z wyciągiem z szyszynki przeprowadził *Cyon. Ott* i *Scott* stwierdzili u kóz działanie wyciągu szyszynki, ma on mianowicie wzmagać wytwarzanie mleka.

G r a s i c a rozwija się u człowieka do 15 r. życia, potem ulega procesom wstecznym. Wypadnięcie czynności grasicy u młodych powoduje brak wzrostu kości na długość i obok całego szeregu zaburzeń, które tu nie należą do rzeczy, powoduje hyperplazję jąder; działanie grasicy jest więc podobne do działania szyszynki: działa hamująco na rozwój płciowy.

N a d n e r c z e wydziela obok adrenaliny hormon, który po kastracji do pewnego stopnia obejmuje czynność wyciętych jąder (substancje libidogenes *Loewenfelda?). Marchand* znalazł w obojnactwie żeńskiem bujanie tkanki nadnercza. *Krabbe* i *Kohn* przyjmują, że tkanka nowotworów nadnercza równa się embrjonalnie i hormonalnie jądrom i że działa w ten sam sposób.

P r z y s a d k a m ó z g o w a stoi również w bardzo ścisłym związku z jądrami. Zaburzenia w płacie przednim powodują akromegalję, hypogenitalismus i objawy psychicznego infantylizmu. Zaburzenia w płacie tylnym wywołują przysadkową postać dystrofji adiposo-genitalis. W akromegalji i dystr. adip. genit. często występuje niemoc płciowa. Po kastracji przysadka powiększa się (*Fischer, Tandler, Gross*). Być może, że przysadka obok hormonów znanych zawiera jeszcze inne, nieznane, zarówno hamujące jak i pobudzające.

Zondek wychodzi z założenia, że przedni płat przysadki jest motorem czynności płciowej. *Zondek* i *Aschheim* wydzielili ten hormon i nazwali go Prolan. Nie jest on substancją jednolitą, istnieje prolan A i B, oba mają odmienne działanie. Prolan A znajduje się w moczu po wypadnięciu czynności gruczołów rozrodczych. W wykazywaniu tego hormonu w moczu mamy objektywną metodę do stwierdzenia istnienia czynności jąder, w wykazywaniu ilości w moczu mężczyzn orjentujemy się o wzmożonej wzgl. zmniejszonej czynności jąder. Według badań *M. Borsta* i *D. Gostimirowica* okazuje się, że hormon z płatu przedniego na badanych myszach działa na rozrodczą część jąder.

W y c i ą g z j ą d e r jest potężnem tonikum dla obu płci. Wyciąg z jąder by-

wa też rozlegle stosowany w leczeniu niemocy płciowej. Pewną część efektownego działania wyciągu jąder — rzecz jasna — należy złożyć na momenty psychiczne, lecz to się odnosi do każdego leczenia nawet preparatami farmaceutycznymi.

D o s t o s o w a n i a w y c i ą g u z j ą d e r n a d a j ą s i ę t y l k o p e w n e p o s t a c i e n i e m o c y p ł c i o w e j. T a m, g d z i e s ą e r e k c j e i p o l l u c j e, o r g a n o t e r a p j a n i e j e s t w s k a z a n a. D o s t o s o w a n i a o r g a n o p r e p a r a t ó w n a d a j ą s i ę p o s t a c i n i e m o c y z p o w o d u z b y t s ł a b e g o n a p i ę c i a, z b r a k i e m l u b s ł a b y m w z w o d e m c z ł o n k a, a n e s t e z j a p ł c i o w a, a s p e r m a t i s m u s, o l i g o z o o s p e r m i a, n e k r o s p e r m j a.

W 135 przypadkach tej postaci niemocy płciowej stosowałem h o r m o s p e r m i n ę, e s s e n t i a t e s t i c u l o r u m D r. P o p o w s k i e g o. J e s t t o w y c i ą g z t k a n k i ś r ó d m i ą ż s z o w e j j ą d r a (k o m ó r k i L e y d i g a), p r e p a r a t s t a n d a r y z o w a n y, z k t ó r e g o 1 c m o d p o w i a d a 0,5 g r. t k a n k i g r u c z o ł o w e j ś w i e ż e j. Obok tego preparatu (w powyższych przypadkach dla kontroli nie stosowałem żadnego innego), otrzymywali chorzy djatermję jąder sposobem Kowarschika, a stosowanym z bardzo dobrym efektem przez *K. Mayra.* We wszystkich wypadkach miałem zupełny wynik leczniczy. U niektórych chorych od czasu leczenia minął okres 3 — 4 lat, czynności płciowe są zupełnie prawidłowe.

Leczenie trwa około 5 — 6 tygodni, choć miałem przypadki, w których leczenie było znacznie krótsze i znacznie dłuższe. Stosuję essentia testiculorum Dr. N. Popowskiego (poprzednia nazwa Hormospermine) 3 razy dziennie po 30 kropel na 30 min. przed jedzeniem. W niektórych przypadkach nadsekrecji i nadkwasicy, co często zdarza się u neurasteników, podaję na ¼ godz. przedtem. Magn. usta Magn. carb. ana, ½ łyżeczki kawowej.

Z powodu szczupłości miejsca podam tylko niektóre przypadki najbardziej charakterystyczne:

1) A. T., lat 34, wolny, urzędnik pryw. został skierowany do mnie przez kolegę, z tem, że od pewnego czasu stwierdza u siebie zanik popędu, brak erekcji. Jest zaręczony, ślub wyznaczony. Na wypadek, gdyby choroba była nieuleczalna — popełni samobójstwo, gdyż narzeczonę kocha i daty ślubu nie może cofnąć. Przy badaniu internistycznem nie stwierdza się niczego. Serce, płuca bez zmian, mocz bez zmian, Wasserman krwi (—) ciśnienie krwi 115 Hg, w ostatnich miesiącach przytył o 4 kg. Badanie neurologiczne nie daje nic objektywnego, za wyjątkiem żywych odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa. Części płciowe prawidłowe. Dotychczasowe stosunki z kobietami zupełnie prawidłowe, nie jest specjalnie wybredny.

Terapja. Od dnia zgłoszenia się do mnie do dnia ślubu bezwzględny zakaz podejmowania stosunku, 3 razy dziennie essent. testiculorum Popowskiego po 30 kropel na 30 min. przed jedzeniem, co drugi dzień djatermja jąder sposobem Kowarschika 0,75 A, przez 15 min. Stan bez zmian w dniu ślubu, przez 3 tygodnie żona pozostaje jeszcze virgo, następnie zupełnie prawidłowe stosunki, przy silnym popędzie i silnej erekcji. Od dnia leczenia t. j. 19 stycznia 1930 r. do dnia dzisiejszego małżeństwo żyje w zupełnej harmonji. Przypadek powyższy jest przykładem niemocy płciowej z powodu zbyt słabego napięcia,, spowodowanej abusus in venere.

2) B. R., lat 29, wolny, stud. Uniw. zgłosił się 4.VI. 1930. Przed 3 laty gonorrhoe, bez żadnych powikłań, zupełnie wyleczony. W młodym wieku przechodził jakąś sprawę mózgową, twierdzi, że zapalenie mózgu, czy opon mózgowych. Kilkakrotnie grypy, ostatni raz przed 6 miesiącami, już poprzednio jednak zauważył zmniejszony popęd, zmniejszenie się zainteresowania dla kobiet, bardzo słabe wzwody lub zupełny brak erekcji. Poprzednio miewał bardzo częste stosunki, przed rokiem dopiero zaniechał samogwałtu. Przy badaniu wewn. nad prawym szczytem stłumienie, nad końcem serca podmuch, granice serca prawidłowe. Neurologicznie: żywe odruchy, bardzo wyraźna dermografja, silne pocenie się.

Terapja: zakaz podejmowania stosunków, intensywne odżywianie, zakaz palenia papierosów, 3 razy dziennie po 30 kropel essent. testiculorum Popowskiego na 30 min. przed jedzeniem, co drugi dzień djatermja jąder. Po 5 tygodniowem leczeniu wyleczenie zupełne. Przypadek powyższy jest przykładem niemocy płciowej z powodu zbyt słabego napięcia, spowodowanego wyczerpaniem ośrodków.

3) M. D., lat 41, kapitan W. P. żonaty od 8 lat. W anamnezie rodzinnej alkoholizm, jeden wypadek samobójstwa (brat). Do 35 r. życia uprawiał intensywnie hamogwałt, dlaczego to robił, choć miał sposobność do utrzymywania stosunków płciowych, nie umie, czy nie chce podać, żadnych skłonności perwersyjnych. W dzieciństwie nie przechodził żadnych chorób poważniejszych, pije miernie, głównie piwo, pali dużo, do 40 papierosów egipskich dziennie. Internistycznie bez zmian, mocz bez zmian (dużo fosforanów), Wasserman krwi (—). Neurologicznie zmian się nie stwierdza, żywe odruchy kolanowe i Achillesa. Ostatni stosunek nie doszedł do skutku z powodu bardzo słabej erekcji i przedwczesnego wytrysku nasienia. Terapja: unormowanie trybu życia, sport, zakaz palenia i picia (piwo), zakaz

stosunków na przeciąg 4 tygodni. Passiflorine przez 4 tygodnie, po śniadaniu i po obiedzie po łyżeczce kawowej; przed spaniem łyżka stołowa. Z powodu często powtarzających się pollucji, camphora monobr. i lupulin. Żadnych zabiegów miejscowych. Przypadek nie nadaje się do leczenia hormosperminą, gdyż jest klasycznym przykładem przewrażliwienia ośrodka wytryskowego i wyczerpania wzwodowego ośrodka. Nie jasną wydawała się sprawa, dlaczego pogorszenie wystąpiło nagle, nasuwało się przypuszczenie niemocy płciowej psychicznej (po raz pierwszy stosunek w warunkach nieodpowiednich z obawą zaskoczenia). Po kilku dniach pacjent przyznał się do intensywnego uprawiania samogwałtu po dzień dzisiejszy. Po 4 tygodniowem zupełnym wypoczynku, stosunki prawidłowe, od tego czasu niema pollucji.

4) L. C. opisany poprzednio jest klasycznym przykładem rzadkiej postaci. Ściśle biorąc przypadku tego nie można nazwać niemocą, gdyż brak tu zupełnie libido, a gdzie niemo libido niema mowy o niemocy, praktycznie jednak jest to niemoc utrzymywania stosunków płciowych, a przyczyna leży we wrodzonych zaburzeniach gruczołów o wydzielaniu wewn. Terapeutycznie stosowałem essent. testic. Popowskiego 3 razy dziennie po 40 kropel przed jedzeniem, djatermję jąder i stercza na przemian z faradyzacją, intensywne odżywianie. Pacjent zgłosił się do leczenia 10 października 1933 r., ukończył leczenie 5 stycznia 1934 r. z wynikiem dodatnim. Pierwszy w życiu stosunek zupełnie prawidłowy, od tego czasu stosunki prawidłowe, choć nieco w zbyt dużych odstępach czasu. Zażywa w dalszym ciągu hormosperminę 3 razy dziennie po 30 kropel.

5) P. B., lat 38, żonaty od 6 lat, 1 dziecko zmarło przed 2 laty, od tego czasu żona nie zachodzi w ciążę. Konsultowany w tej sprawie ginekolog odesłał pacjenta do mnie, stwierdziwszy że winę w tym wypadku ponosi pacjent. Badanie nasienia stwierdziło nekrospermję. Dnia 1.II. pacjent zgłosił się do leczenia. Przy zbieraniu wywiadów chory, który zachowywał się zupełnie swobodnie, z całą otwartością przyznał, że stosunki nigdy nie były prawidłowe, zawsze były krótkie, czasem wytrysk nasienia następował tuż po immisio penis, czasem w ostatnich czasach częściej przed immisio. W ostatnim miesiącu zauważył u siebie wycieki nasienia przy oddawaniu kału. Do dnia ślubu uprawiał intensywnie samogwałt z obawy przed infekcją. Internistycznie nic. Neurologicznie neurastenja gravis. Terapja: zakaz utrzymywania stosunków płciowych przez 4 tygodnie. Passiflorine przez 4 tygodnie 2 razy dziennie łyżka stołowa, raz kawowa. Injekcje tonizujące. Po 4 tygodniach, gdy chory był zupełnie spokojny, gdy ustąpiła spermatorrhoe, przepisałem essent. testicul. Popowskiego, 3 razy dziennie po 30 kropel przez następnych 6 tygodni. Przeprowadzone badanie nasienia w preparacie wykazało zupełnie prawidłowe plemniki, zdolne do zapłodnienia. Przypadek powyższy jest klasycznym przykładem niemocy płciowej z powodu wyczerpania ośrodka wzwodowego i przewrażliwienia ośrodka wytryskowego z powodu intensywnej chronicznej onanji. Efekt leczniczy muszę bezwarunkowo przypisać hormosperminie.

5) Farmakoterapja.

Stosujemy tu środki wzmacniające jak fosfor, arszenik, strychninę, żelazo, lecytynę, wapno i tak zw. aphrodisiaca.

Przez aphrodisiaca rozumiemy środki do pobudzania płciowego lub spotęgowania popędu i zdolności płciowych. Używanie ich jest bardzo stare (napoje miłosne). Aphrodisiaca działają na naczynia prącia pośrednio, lub bezpośrednio przez zapalne podrażnienie cewki moczowej. Centralnie najsilniejszym jest alkohol, obwodowo johimbina.

Z innych środków podniecających stosuje się tak zw. muchę hiszpańską, lytta vesicatoria, która nie jest muchą lecz chrząszczem, żyjącym w Europie środkowej i południowej Azji. Alkoholowy roztwór kantarydyny, alkaloidu o składzie chemicznym C_{10} H_{12} O_4 wywołuje silne podrażnienie przewodów moczo-płciowych, przekrwienie czynne i uczuciowe podrażnienie narządów płciowych. Działanie jest niepewne: małe dawki często zawodzą — większe wywołują zapalne nieżyty błony śluzowej żołądka, zapalenie nerek z białko i krwiomoczem. Dawka jednorazowa 0,5 — dziennie 1,5 gr.

Znacznie częściej bywa stosowana johimbina, która podnieca pobudliwość ośrodka odruchowego, równocześnie zaś wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych prącia. Nie należy jej bezwzględnie stosować w postaciach niemocy z przedwczesnym wytryskiem nasienia. W tych przypadkach wskazany jest zakaz utrzymywania stosunków przez 4 — 6 tygodni, na co chory chętnie się zgadza, gdyż zakaz ten uwalnia go od zmory kompromitacji; przepisuje się passiflorinę, jako pewnie działający środek uspakajający. Podawanie bromu jest przeciwwskazane, gdyż obniża on popęd i libido. Bardzo dobrze wpływa w tych przypadkach przewlekłe podawanie passifloriny, tusze chłodne tak zw. szkockie i elektroterapja: prąd galwaniczny, duża Ka na odcinek lędźwiowo-krzyżowy, mniejsza An o 20 cm na krocze, siła prądu 4 — 6 mA, czas 10 — 15 minut.

I m p o t e n t i a p s y c h o g e n e s, niemoc płciowa psychiczna, wymaga leczenia odmiennego. P r z e d e w s z y s t k i e m p r z e c i w w s k a z a n e j e s t w s z e l k i e l e c z e n i e m i e j s c o w e, gdyż w ten sposób utwierdza się

chorego w przekonaniu (w co zresztą pacjent sam mocno wierzy), że choroba jego jest przecież sprawą miejscową i jako przyczynę ma jakiś defekt organiczny. Wszelkie leczenie elektroterapją i farmakoterapją może tu mieć znaczenie tylko ogólnie wzmacniające i to należy pacjentowi jak najbardziej stanowczo wytłumaczyć. Leczenie jakie tu przeprowadzamy ma znaczenie ogólnie tonizujące. Z tłumaczeniem pacjentowi, że choroba jego jest pochodzenia psychicznego należy być ostrożnym. Chorzy mają duże zastrzeżenia co do tego określenia: albo rozumieją, że choroba ich jest tylko „wmówiona", z tego powodu czują się źle zrozumianymi i tracą natychmiast zaufanie do lekarza, albo uważają, że choroba ich jest nieuleczalna, gdyż identyfikują ją z chorobą umysłową, a ta w ich pojęciu jest nieuleczalna. Należy wyczuć, ile można choremu powiedzieć i jak mu chorobę jego wytłumaczyć. Zawsze jednak należy mówić o wyczerpaniu i znużeniu c a ł e g o ustroju, a nigdy nie należy mówić o sprawie m i e j s c o w e j.

Jasne, stanowcze wyjaśnienie jest już dużym krokiem naprzód w leczeniu, gdyż daje choremu nadzieję, uspakaja go zapewnienie, że wyleczenie jest pewne, jest tylko kwestją czasu, cierpliwości i posłuszeństwa jego w stosunku do wskazówek.

Bardzo ważne jest znalezienie czynników ujawniających chorobę. W anamnezie chorego rzadko ją znajdziemy, gdyż chory zazwyczaj nie łączy swych przeżyć z czynnikiem etjologicznym. Jest rzeczą doświadczenia i taktu osobistego, przez umiejętnie stosowane pytania podniecać do zwierzeń.

Dalszym etapem psychoterapji jest p e r s w a z j a. Niektórzy chorzy, jako przyczynę swego schorzenia uważają samogwałt. W sposób jasny i stanowczy należy wyjaśnić, na czem polega szkodliwość onanji, że przeczytane broszury „naukowe" są kłamliwe i przesadne i doprowadzają do fałszywego zrozumienia istoty choroby i zupełnie fałszywej prognozy, którą chorzy zrozpaczeni wyobrażają sobie w nader czarnych kolorach.

Bardzo często udaje się trick następujący: u pacjentów, którzy przed objęciem stosunku, nie myślą o niczem innem, jak tylko, czy stosunek się uda. Chorym takim pozwalamy na intymne zbliżenie się do kobiet b e z p o d j ę c i a s t o s u n k u. Otóż 95 ludzi na 100 przekroczy ten zakaz, moment hamujący niknie i odtąd leczenie posuwa się olbrzymimi krokami naprzód. Przypadek taki miałem we własnej praktyce u 19-letniego stud. Uniw. w 1925 r.

W odróżnieniu od perswazji, która ma za zadanie wytłumaczyć choremu istotę jego cierpienia i w ten sposób podnieść zaufanie we własne siły, rozumiemy przez s u g e s t j ę, wpływ na objawy poszczególne przez wolę i rozkaz lekarza. Choremu nie tłumaczy się, dlaczego jest chory, lecz zapewnia, że stosunek będzie mógł być podjęty i wykonany. Efekt jest czasem dobry, lecz przemijający.

Co do działania h y p n o z y, zdania autorów są podzielone, zwłaszcza że osłabiamy i tak już słabą wolę chorego.

P s y c h o a n a l i z a jest najostrzejszą bronią, którą wytaczamy do walki z neurozami. Istota objawów neurastenicznych leży w/g całego szeregu autorów między płciowością (sexualitas) i jej częściowymi objawami, a idealnem ja. Na tem tle dochodzi do konfliktów psychicznych: samowyrzutów, samooskarżeń i t. p.

Wskazanie do stosowania psychoanalizy zależy od ciężkości przypadku, od tła wywołującego, od osobistych warunków pacjenta, gdyż psychoanaliza wymaga dużo czasu, cierpliwości i do pewnego stopnia inteligencji chorego. Ogólnie można powiedzieć, wzgl. wskazanie postawić w sposób następujący: wszystkie przewlekłe cierpienia, których obraz wywołują podświadome przyczyny psychiczne, jeśli one przeszkadzają leczeniu lub wyleczeniu, powinny być analizowane. Według *Federna* niemoc płciowa psychiczna jest najczęściej fobją i wymaga psychoterapji, a w przypadkach cięższych psychoanalizy. Każda psychoanaliza jest psychoterapją, gdyż zajmowanie się chorym, poświęcanie mu czasu wywiera często zbawienny wpływ na chorego, zwłaszcza na takiego, który nie przywykł, by cierpienia jego brano poważnie, co niestety jeszcze dziś bardzo często się zdarza. Chorzy pod przewodnictwem analitycznem wyżywają się (*Stransky*) i dlatego czują się lepiej. Pamiętać należy jednak i o tem, że cały szereg ludzi źle znosi inkwizycyjne pytania psychoanalityczne (*Stransky*).

Aczkolwiek psychoanaliza ma dużo stron dodatnich w wykrywaniu przyczyn i czyn-

ników ujawniających schorzenie, terapeutycznie jednak daje bardzo mało.

Bleuler, znawca i sympatyk, podkreśla, że terapeutyczna strona tej nauki jest słaba. Seksuolodzy tacy jak *Hirschfeld*, zaprzeczają możliwości wyleczenia psychoanalizą. Nie można zadużo wagi kłaść na czynniki hamujące; gdzie ich niema psychoanaliza nie pomoże.

N a razie większość przypadków i postaci niemocy płciowej należy do neurologa i seksuologa a nie chirurga i psychjatry. Wychodząc z założenia, że dusza ludzka ma silny wpływ na czynności płciowe człowieka, co jest niewątpliwe, odrzucili niektórzy autorowie inne przyczyny powstawania niemocy, co jest oczywistą przesadą. Słuszne jest, by jak twierdzi *O. Schwarz*, każdy przypadek niemocy, oporny na leczenie organo-farmako-elektroterapją, był kierowany do leczenia psychoanalizą.

Zdarzają się wreszcie przypadki niemocy płciowej z powodu niedoświadczenia i nieumiejętności (?), u mężczyzny, kobiety lub obu razem. Przypadek taki miałem we własnej praktyce. Dobre ułożenie kobiety, czasem usunięcie resztek hymenu lub nacięcie usuwają przyczynę tej niemocy.

Chciałbym jeszcze wspomnieć o jeszcze jednem niedomaganiu, bardzo często spotykanem w praktyce: azoospermji, oligozoo — i nekrospermji, powodującem impotentia generandi, niemożność zapłodnienia.

Długi czas istniało przekonanie, że przy zdolności utrzymywania stosunku, istnieje i zdolność zapładniania. Dopiero mikroskop usunął ten zasadniczy błąd; jeszcze dziś składa się winę na kobietę przy bezpłodności bez badania danego mężczyzny.

Obecność plemników w nasieniu mężczyzny można wykazać do późnej starości. *Simmonds, Casper* podają obecność plemników do 90 r. życia.

Bezpłodność ze strony mężczyzny może być wywołana, przez trzy przyczyny:

1) A s p e r m a t i s m u s. Istnieje brak wytrysku 3 składników nasienia t. j. wydzieliny jądra, pęcherzyków nasiennych i prostaty. Przyczyną są mechanizmy, które uniemożliwiają wydostanie się wydzieliny na zewnątrz: przyczyna może być organiczna i czynnościowa. Brak nasienia może być wrodzony lub nabyty. Brak nasienia jest zjawiskiem bardzo rzadkiem w porównaniu do znacznie częściej występującej azoo — i nekrospermji. Brak nasienia organiczny ma za przyczynę: zatkanie duct. ejac. lub sprawy w samej cewce np. zwężenia po tryprze. Zatkanie dróg wytryskowych może wystąpić z powodu blizn po urazach, operacjach np. po prostatektomji, bardzo silnem przeroście gruczołu krokowego, nowotworach, w porażeniu mm. bulbocavern. W przypadkach tych albo nasienie nie może zupełnie wyjść, albo po właściwym wytrysku, wycieka kroplami po zwiotczeniu prącia, tak zw. wytrysk wewnętrzny.

Czynnościowy brak nasienia określamy jako nerwowy lub psychiczny; niema tu zaburzeń organicznych. Chorzy tacy nie mają wytrysku po stosunku, występuje zaś przy samogwałcie. Przyczyny tego schorzenia leżą w zupełnej nieczynności ośrodka wytryskowego (czynniki hamujące w mózgu); one to tłumaczą właśnie zmazy, gdzie odpada działanie mózgu. Wstrzemięźliwość odgrywa tu pewną rolę, gdyż ośrodek nie był pobudzany. Występuje jeszcze brak nasienia (aspermatismus) starczy, inwolucyjny, gdzie zdolność płciowa jest znośna, lecz wytrysk jest znikomy lub niema go wcale:

2) A z o o s p e r m j a. Należą tu: oligozoo-astheno-i nekrospermja. Jest to brak plemników w nasieniu. Przyczyną może być albo brak wydzieliny jąder, albo zamknięcie dróg wyprowadzających nasienie (azoospermja ex obliteratione *Posner*). Częstszą przyczyną jest zniszczenie jąder: uraz, nowotwory, zanik po zapaleniu, wady wrodzone i rozwojowe. Zniszczenie jąder musi być znaczne, $^2/_3$ uszkodzenia nie wystarczy jeszcze do wywołania azoospermji. Z chorób uszkadzających jądra zasługuje na uwagę tyfus, dający ogniska nekrotyczne, sprawy kiłowe w miąższu jąder, alkohol (*Berthelot* wykazał, że w 86% występuje u alkoholików tłuszczowe zwyrodnienie), dalej ciężkie zatrucia nikotyną (*Hofstätter*), promienie Roentgena, radu. Fizjologiczną azoospermję spotyka się czasem po ekscesach in venere.

Drugą przyczyną wywołującą azoospermję stanowi zamknięcie dróg wyprowadzających nasienie. Na plan pierwszy wysuwa się zapalenie najądrzy po tryprze; jądro samo jest niezmienione, spermogeneza utrzymana. Obustronna gruźlica na-

jądrzy nie zawsze daje azoospermję, gdyż jak podaję *Lotsch*, epidydimitis tbc. rozwija się poza nabłonkiem i ziarnina gruźlicza dopiero wtórnie dociera do kanalików (*Benda*).

Materjał do badania otrzymuje się albo przez coitus condomat, albo drogą samogwałtu albo przez nakłucie jąder (*Posner*). Nakłucie to wykonywamy cienką igłą, strzykawką Rekorda, bez znieczulania. Ból jest mniejszy niż się zdaje, wciąganie płynu do strzykawki jest jednak bardzo nieprzyjemne i u wrażliwych wywołuje nawet przejściowe zemdlenie. To badanie służy do stwierdzenia, czy plemniki są wogóle wytwarzane. Pamiętać należy, że plemniki w jądrze są zawsze nieruchome. Najlepszą jest metoda barwienia *Baecchiego* (błękit metylu i kwas solny). Dla stwierdzenia ruchu plemników nie należy barwić, lecz nasienie badamy w preparacie natywnym. W azoospermji obliteracyjnej wrodzonej niema mowy o leczeniu, tak samo złe wyniki są przy dłuższej, niż 3 miesiące trwającej (*Fürbringer*). W sprawach potryprowych wyniki operacyjne są często dobre (*Delbert, Lydston*).

3) O l i g o z o o-a s t h e n o-i n e k r o s p e r m j a (*Finger*).

Jeśli chodzi o zapłodnienie oligozoospermja (mylnie oligospermja) nie wchodzi w rachubę.

Nekrospermja i pomiędzy niemi stojąca asthenospermja, osłabienie siły życiowej plemników, są przyczyną bezpłodności. Etjologja nekrospermji jest mało znana; zdarza się w żółtaczce (cholospermia). Rozpoznanie tylko wtedy jest pewne, gdy w świeżym ciepłym nasieniu po dodaniu zasad niema ruchu plemników. „B a r w i o n y plemnik nie pozwala na wyciągnięcie wniosków co do jego ruchów".

Asthenospermja nie wyłącza ciąży, lecz badanie nasienia nie pozwala nic o tem powiedzieć. Ważną rzeczą jest budowa plemników: mogą one być bez ogonka, nieprawidłowego kształtu, potrójne. Jeśli spotykamy same potworniaki, można z dużym prawdopodobieństwem wyłączyć możliwość zapłodnienia.

Leczniczo stosujemy wyciągi z jąder, z elektroterapji djatermję jąder. Zasadniczo nie należy spodziewać się wyniku, gdy nekrospermja trwa dłużej niż 3 miesiące.

P. L., lat 39, żonaty od 8 lat, 1 dziecko, które zmarło na zapalenie mózgu. Od tego czasu żona nie zachodzi w ciążę. Konsultowany ginekolog nie stwierdził zmian u żony i wyłączył ją jako przyczynę bezpłodności. Chory zgłosił się do mnie 7/IX. 1933. Badanie nasienia wykazało nekrospermję. Badanie było 3-krotnie przeprowadzone, każdy raz w innym zakładzie. Pacjent przechodził w ostatnich 6 miesiącach 4-krotnie grypę. Chorób wenerycznych nie przechodził. Płuca, serce bez zmian, jak też wszystkie narządy wewn. Mocz bez zmian, Wasserman krwi (—). Dobrze odżywiony. Przez 4 tygodnie codziennie djatermja jąder metodą Kowarschika, 3 razy dziennie po 40 kropel essentia testiculorum Popowskiego. Badanie z dnia 8/XII. 1933.: w badanym ejakulacie stwierdzono liczne plemniki budowy prawidłowej, znaczna ilość ich wykazuje dość intensywny ruch, obok nich jednak znajdują się plemniki pozbawione ruchu. Badanie było przeprowadzone szczególnie starannie: nasienie ciepłe, preparat natywny. Przez następne 4 tygodnie codziennie djatermja jąder i sterczu, 3 razy dziennie po 40 kropel essent. testiculorum Popowskiego. Badanie przeprowadzone w dniu 10.I. 1934.: w badanym ejakulacie stwierdza się dużą ilość plemników obdarzonych bardzo żywym ruchem, bardzo nieliczne, pozbawione ruchu, o budowie prawidłowej.

Jeśli chodzi o pozwolenie na małżeństwo nie należy schematyzować.

Małżeństwo ma rozmaite cele; jednym z nich jest zaspakajanie pragnień seksualnych kobiety i mężczyzny, co może być uniemożliwione wskutek niemocy płciowej mężczyzny, perwersji lub ciężkiego uszkodzenia części płciowych mężczyzny. Małżeństwo ma jednak tyle innych celów, że często musimy kwestję tę załatwiać kompromisowo. Lawirujemy między prywatnym interesem człowieka, a interesem społecznym. Lekarz nie może w tym wypadku spełniać — jak słusznie zaznacza *Kautsky* — roli przeznaczenia, jego obowiązkiem jednak jest uświadomić o stanie sprawy obie strony.

Rokowanie nie zawsze jest pewne, tak dobre jak złe. Zdarza się, że partnerka nie zawsze jest niezadowolona z defektu przyszłego męża (frigiditas).

Jeśli stwierdzimy ciężkie tło degeneracyjne, odzyskanie potencji jest choćby z punktu widzenia eugeniki niepożądane.

Resumé:

U k a ż d e g o c h o r e g o, k t ó r y z g ł o s i ł s i ę d o l e k a r z a z n i e m o c ą p ł c i o w ą, n a l e ż y p r z e p r o w a d z i ć j a k n a j d o k ł a d n i e j s z e b a d a n i e w e w n ę t r z n e i n e u r o l o g i c z n e, b a d a n i e m o c z u, k r w i p r z e m i a n y g a z o w e j d l a w y k r y c i a e w e n t u a l n y c h z a b u r z e ń w g r u c z o ł a c h o w e w n. w y d z i e l a n i u. P o u s t a l e n i u

rozpoznania orjentujemy się z jakiego rodzaju niemocą mamy do czynienia i decydujemy się na daną metodę leczenia. We wszystkich przypadkach niemocy płciowej okazała się bardzo skuteczną essentia testiculorum Dr. Popowskiego. Nie należy jej stosować przy przedwczesnym wytrysku nasienia i przy wzmożonych pollucjach. W tych wypadkach obok elektroterapji okazała się bardzo skuteczną Passiflorine. Nie należy podawać bromu, gdyż obniża popęd i libido. Przypadki niemocy płciowej psychicznej nie powinny być leczone miejscowo, lecz ogólnie wzmacniająco i psychoterapją. I w tych przypadkach okazała się Essent. testiculorum bardzo pomocną. Wyciąg z jąder jest potężnem tonicum dla obu płci.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Bloch.* Zur Behandlung der sexuellen Insuffizienz. 2. *Biedel:* Innere Sekretion. 3. *Flatau:* Sexuelle Neurasthenie. 4. *Hammond:* Sexuelle Impotenz. 5. *Krafft-Ebing:* Psychopathia sexualis. 6. *Kraus-Brugsch:* Pathologie und Therapie d. Nervenkrankheiten. 7. *Mehring:* Pathologie und Therapie d. Nervenkrankheiten. 8. *Strümpel:* Pathologie und Therapie d. Nervenkrankheiten. 9. *Jaspers:* Allgemeine Psychopathologie. 10. *Kretschmer:* Körperbau und Charakter. 11. *Adler:* Uber den nervösen Charakter. 12. *Levandowsky:* Handbuch der Neurologie. 13. *Oppenheim:* Handbuch der Neurologie. 14. *Curschman:* Handbuch der Neurologie. 17. Kompendium der topischen Gehirn und Rückenmarkdiagnostik. 18. *Steiner:* Psychische Störungen der männlichen Potenz. 19. *Müller:* Lebensnerven. 20. *Stekel:* Beiträge zur Traumdeutung. 21. Deutsche, Münchener med. Wochenschrift, Arztliche Praxis.

Collapsus massivus pulmonum.

PODAŁ

DR. STANISŁAW BÜHN (Lwów).

Collapsus massivus pulmonum (Cmp) jest nazwą dla nagle występującej niedodmy albo całego płuca, albo też jednego z płatów, lub też części płata płucnego. Nie jest on w ścisłem znaczeniu jednostką chorobową, lecz jest bardzo charakterystycznym zespołem objawów, który winien znać każdy lekarz. Znajomość jego typowych objawów pozwoli każdemu natychmiast postawić należyte rozpoznanie, trudne i ambarasujące o ile się o możliwości tego cierpienia nie pamięta. Jakkolwiek pierwszy opis kliniczny datuje się z roku 1894. *(William Pasteur)*, sprawa sama zaczyna być ponownie odkrywaną i opisywaną w ostatnim dopiero czasie. Interesuje ona zarówno internistę jak i chirurga, ze względu na swój ciężki przebieg, a dobre przytem rokowanie. Szerszemu ogółowi lekarskiemu zespół ten jest mało znany.

Przyczyną Cmp. jest przeważnie nagłe zatkanie oskrzela pierwszego lub drugiego rzędu przez śluz lub wydzielinę ropną po zabiegach operacyjnych szczególnie w jamie brzusznej, po złamaniach *(Schmidt)* co dawniej nawet nazywano collapsus massivus postoperativus. Wystąpieniu jego sprzyja zła wentylacja płuca i osłabienie odruchu kaszlowego. Podobne zatkanie oskrzela może nastąpić skutkiem przedostania się ciał obcych do oskrzela wprowadzanych w celach djagnostycznych (lipjodol — *Jacobeus)*, lub wskutek przypadkowej aspiracji ciała obcego *(Mantoux — Castelnau)*, czy też jako komplikacja w przebiegu różnych schorzeń płucnych. Z tych ostatnich na pierwszy plan wybijają się krwotoki płucne, kiedy przychodzi do zatkania oskrzela przez duży skrzep. Ftizjolodzy zajęli się tą sprawą dopiero od niedawna. Od r. 1931, ukazało się szereg opublikowanych przypadków Cmp. po krwotokach płucnych *(Jakobeus, Cordier - Bouquin, Stoichitza)*. Również w przypadkach gruźlicy trafia się Cmp. na tle zatkania oskrzela przez masy serowate nawet w miejscach daleko położonych od samych ognisk gruźliczych *(Kanony)*, albo też przychodzi na tle zmian zapalnych gruźliczych zwężających światło oskrzela. *(Westemark)*. Dalej opisywano wypadki Cmp. przy zapaleniu płuc, nieżycie oskrzeli, przy rozstrzeniach oskrzeli, przy raku płuc. W tym ostatnim przypadku trudem nawet jest rozpoznanie, ponieważ nowotwór jest schowany w cieniu powstałym od Cmp. W wątpliwych wypadkach rozstrzygnąć może tylko bronchoskopja wraz z biopsją. U dzieci opisywano Cmp. powstały na tle ucisku na oskrzela przez powiększony lewy przedsionek serca, który to zespół cofał się po poprawie stanu serca *(Laurstein)*. Dalej wypadki Cmp. spotykano przy tętniakach aorty i powiększeniu gruczołów śródpiersia.

Przebieg kliniczny Cmp. może być albo bardzo gwałtowny, albo też może przebiegać bez większych zaburzeń. Gwałtowny przebieg spotykamy w wypadkach nagłego zatkania oskrzela po operacjach lub ciałami obcymi, zaś przy schorzeniach płucnych i zatkaniu skrzepem oskrzela przebieg jest znacznie łagodniejszy.

Przebieg pooperacyjny Cmp. jest następujący:

Nagle pojawiają się bóle w klatce piersiowej lub pod mostkiem, połączone z przyśpieszeniem oddechania (40 — 60 oddechów na minutę), suchy kaszel, zimne poty, przyśpieszenie akcji serca. Chory zazwyczaj siedzi nieruchomo przegięty tułowiem w stronę chorą. Na tę też stronę schyla głowę. Objektywnie stwierdzamy charakterystyczne objawy Cmp. Odnośna połowa klatki piersiowej jest nieruchoma o przestrzeniach międzyżebrowych zaciągniętych szczególnie w dolnych odcinkach. Badanie fizykalne wykazuje zniesienie drżenia i szmerów oddechowych wzgl. znaczne ich osłabienie, oraz wypukowo wybitne stłumienie, w odcinku schorzałym. Najczęstszą lokalizacją schorzenia spotykamy w częściach przykręgowych dolnych płatów płucnych. W prześwietleniu stwierdzamy: zaciemnienie schorzałej partji płuc, przesunięcie serca i śródpiersia na stronę chorą, ruchy wahadłowe śródpiersia przy oddechaniu, zniesienie ru-

chów odnośnej połowy przepony i podniesienie jej ku górze, zwężenie przestrzeni międzyżebrowych i zniesienie ruchów klatki piersiowej przy oddechaniu po stronie chorej. Badanie bronchoskopowe wykazuje nieżyt oskrzeli z ciągliwą szklistą wydzieliną. Nakłucie próbne opłucnej nie wykazuje obecności żadnego wysięku, któryby można z obrazu badania fizykalnego podejrzewać. Pomiar ciśnienia wewnątrzopłucnowego wykazuje bardzo wysokie negatywne wartości (30 — 40 cm. słupa wody). Ciepłota ciała może być niepodwyższoną *(Henschen)*, albo też może dochodzić nawet do 39 — 41°. *(Middeldorpf)*. Trwanie schorzenia jest różne. Albo sprawa kończy się nagłą poprawą po 3 — 4 dniach, której towarzyszy pojawienie się rzężeń w schorzałej partji płuca, i chory poczyna odpluwać plwocinę śluzowo ropną szklistą. Czasem przebieg jest dłuższy i choroba kończy się per lysin po 10 — 21 dniach.

Rozpoznanie różniczkowe w wypadkach pooperacyjnych jest trudne, a nieraz wręcz niemożliwe jest odróżnienie od zapalenia płuc. To ostatnie nie pojawia się zwykle zaraz po operacji jak Cmp., dalej nie spotykamy przy Cmp. osłabienia siły serca jak przy zapaleniu płuc zrazikowem. Zapalenie płuc płatowe jest bardzo rzadkie w wypadkach pooperacyjnych, zaś o ile się trafi, to towarzyszą mu bardzo ciężkie objawy ogólnej intoksykacji. Podobnie i przy zawale płuca mamy do czynienie z ostrą niedomogą serca.

Do przypadków ostrych Cmp. lecz przebiegających znacznie łagodniej należą zatkania oskrzeli przez skrzepy przy krwotokach płucnych. Tyczy to przypadków początkowej gruźlicy, nie spotykamy Cmp. przy gruźlicy daleko rozwiniętej. Objawy tu występujące nie są gwałtowne, w rzadkich wypadkach mogą jednak przypominać objawy gwałtowne występujące w wypadkach pooperacyjnych. Ponieważ cały zespół objawów fizykalnych i roentgenologicznych znika często po paru dniach, po odpluciu skrzepu zatykającego oskrzele, jasnem jest, że obraz chorobowy bardzo często może być przeoczony, ponieważ chorym z krwotokiem oszczędza się badania fizykalnego i prześwietlania. Ponadto najczęściej sprawa chorobowa umiejscowia się w górnych częściach płuc, przez co znajdywane objawy fizykalne mogą być przypisywane schorzeniu gruźliczemu. Charakterystycznym objawem jest zupełne zniknięcie objawów fizykalnych stwierdzanych w danem miejscu przed krwotokiem. Przy Cmp. umiejscawiającym się w płucu lewem, widzieć możemy zaciąganie się przestrzeni międzyżebrowych synchroniczne z ruchami serca, co może nasuwać podejrzenie na istnienie zrostów osierdzowych. Objaw ten znika po ustąpieniu zespołu Cmp. Objawy roentgenologiczne wyżej opisane, przypominają objawy retrakcji połowy klatki piersiowej (fibrothorax) na tle rozległych zrostów, opłucnowych, na co szczególną uwagę zwrócili *Sergent i Vibert*. W wypadkach tych przepona, jakkolwiek uniesiona do góry, ma kontury gładkie, w odróżnieniu od nierównych konturów przepony przy zrostach opłucnych, podstawy płuca. Fakt ten nabiera szczególnego znaczenia w wypadkach przewlekłych. Cmp. na tle zatkania oskrzela masami serowatymi lub też na tle zmian gruźliczych toczących się w samem oskrzelu i je zwężających. W wypadkach takich zdawałoby się, że każda próba założenia odmy sztucznej jest z góry skazana na niepowodzenie. Tymczasem założenie odmy udaje się bardzo łatwo i ma zbawienny wpływ zarówno na sam proces gruźliczy, jak i na objawy Cmp. z przesunięciem śródpiersia. Innego rodzaju pomyłki djagnostyczne mogą zajść w wypadkach, gdy Cmp. zajmuje jeden z płatów płuca, albo też tylko część płatu. Mogą one imitować wysięk opłucnowy, w jamie opłucnej, albo też wysięk opłucnowy międzypłatowy *(Jacobeus)*, albo też procesy naciekowe w płucach. Wedle *Sayé'go* opisywane przypadki splenopneumonji typu Granchera idące w parze z krwotokami płucnymi i przemieszczeniem serca i śródpiersia, których objawy znikały po kilku dniach, były niczem innem jak Cmp. W podobnych wypadkach o ile obraz kliniczny szybko nie znika, zakłada się odmę sztuczną, z myślą leczenia nacieczenia rzekomo gruźliczego. Założenie odmy ma zbawienny wpływ na szybkie zniknięcie niedodmy oraz przemieszczenia serca i śródpiersia. Ostatnio *Naveau* opisał przypadek niedodmy dolnego płata prawego u gruźlika. Objawy naśladujące fibrothorax istniały przez 4 lata. Odma założona bardzo łatwo szybko objawy Cmp. usunęła. Założenie odmy w przypadku nierozpoznanego Cmp. może pociągnąć za sobą bezpotrzebne kontynuowanie od-

my sztucznej z myślą leczenia nacieczenia gruźliczego. W wypadkach gruźlicy płuc jamistej wzgl. przy rozstrzeniach oskrzeli nierozpoznanie zespołu Cmp. ma zgubny wpływ na dalszy przebieg choroby. Skutkiem wysoko ujemnego ciśnienia wewnątrzopłucnego po stronie chorej, jest tkanka płucna stale rozciąganą w nieprawidłowych kierunkach. Moment ten sprzyja rozszerzaniu się istniejących jam i rozstrzeni, oraz może powodować zaginanie się i załamywanie oskrzeli co pociąga za sobą zajęcie niedodmą dalszych partji płuca.

W wypadkach nowotworów objawy niedodmy mają cenne własności djagnostyczne. Niekiedy jednak cień nowotworu gubi się przy prześwietlaniu w cieniu niedodmy. W wypadkach tych rozstrzyga jedynie bronchoskopja. U chorych, u których zachodzi podejrzenie na istnienie ciała obcego w oskrzelu i na tem tle powstanie niedodmy, musimy bezwzględnie wykonać bronchoskopję i bronchografję.

Leczenie w wypadkach ostrych pooperacyjnych polega na podawaniu środków wykrztuśnych w połączeniu z atropiną, efetoniną, efedrosanem, celem zwolnienia powstających tu równocześnie skurczów oskrzela. Chorego układa się na zdrowej stronie, oraz wykonuje się rytmiczne oklepywanie klatki piersiowej w okolicy dotkniętej niedodmą. Dalej zalecają gimnastykę oddechową jako czynnik zapobiegawczy. W przypadkach cięższych, o ile ma się ku temu warunki, zalecają umieszczenie chorego w komorze pneumatycznej, lub podaje się do oddechania mieszaninę tlenu i bezwodnika kwasu węglowego, nakoniec można wykonać aspirację wydzieliny przez bronchoskop.

W przypadkach przewlekłych powstających w gruźlicy i rozstrzeniach oskrzeli korzystnie działa założenie odmy sztucznej, wyrównującej różnice ciśnień powstałe w jamach opłucnych i przez to znoszącej objawy przemieszczenia serca i śródpiersia.

W wypadku nowotworu połączonego z objawami niedodmy założenie odmy poza znaczeniem djagnostycznem, umożliwiającem ewentualnie postawienie rozpoznania przez usunięcia cienia niedodmy zakrywającego nowotwór, ma też znaczenie paljatywne w wypadku niezupełnego zamknięcia oskrzela przez nowotwór przez usunięcie przemieszczenia serca i śródpiersia.

PIŚMIENNICTWO:

Schmidt: Arch. Kl. Chir. 171. 1932. Jacobeus M. K.: 20. 1932. Mantoux-Castelnau: Présse med. 8. 1934. Cordier-Bouquin: Paris méd. 7. 1934. Cordier-Monnie-Kuhn-Bouquin: Soc. méd. Hop. Lyon. 3.I. 1934. Stöichitza: Rev. Tuberc. 9. 1932. Kanony: Rev. Tuberc. 1. 1934. Naveau: Rev. Tub. 1. 1934. Westermark: M. Kl. 20. 1932. Lauenstein: Z. f. Kinderheilk. 54. 1932. Henschen: Schw. m. W. 42. 1933. Middeldorpf: D. Zeit. f. Chir. 240. 1933. Sergent-Vibert: Arch. m. — chir. de 1, app. resp. str. 116. 1930. Sayé: tamże: 1. 1932.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Ciężkie zatrucie strychniną wyleczone wielkimi dawkami somnifenu. (Intoxication strychnique grave par l'administration intraveineuse à doses massives d'un barbiturique). J e a n P a r a f et J e a n B e r n a r d.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. N. 28. 1933.

Chora w wieku 38 lat zażyła w celach samobójczych 280 pigułek po 0,001 mg. strychniny. W ciągu 3 godzin po spożyciu pigułek rozwinął się ciężki obraz zatrucia strychniną. Wstrzyknięcia chloralu i morfiny nie przynosiły żadnej ulgi. Wstrzyknięto wtedy 5 cm.[3] somnifenu śródżylnie, dawka ta jednak również pozostała bez skutku, wobec tego w pół godziny później powtórzono tą samą dawkę, która zdawała się zmniejszać skurcze. Wobec ponawiających się bolesnych skurczów i próśb chorej o ulgę stosowania dalej wstrzykiwania somnifenu tak, iż w ciągu 3 godzin chora otrzymała śródżylnie 25 cm.[3] somnifenu. Pod wpływem środka stan jej się poprawił, w końcu zasnęła spokojnie i obudziła się prawie zdrowa. Stosując somnifen w tym przypadku mieli autorzy na myśli jego dobre działanie w przypadkach tężca, opisane przez Labbé i Escalier. Dotychczasowe doświadczenia kliniczne wykazały doskonałe działanie wysokich dawek strychniny w przypadkach zatrucia pochodnemi barbiturowemi, przytoczony opis chorej wykazuje odwrotnie pomyślne działanie środków barbiturowych na zatrucie strychniną.

Rola przysadki mózgowej w nadciśnieniu tętniczem. (Role de l'hypophyse dans l'hypertension arterielle). P. L. D r o u t.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. N. 1934.

Autor przytacza dwa spostrzeżenia, potwierdzające przypuszczenie, że przyczyną nadciśnienia mogą być zaburzenia przysadki mózgowej. W obu tych przypadkach stwierdzono bóle głowy i znaczne nadciśnienie, nerwowość, zwężenie pola widzenia. U obu chorych stała Ambarda była podwyższona, azotemia prawidłowa. Za nadczynnością tylnego płatu przysadki mózgowej przemawiało stwierdzenie hormonu melanofototropowego w moczu u jednej chorej, zwężenie pola widzenia u obu chorych. Opierając się na obu tych spostrzeżeniach i wnioskując z nich, że nadciśnienie jest wywołane nadczynnością tylnego płata przysadki mózgowej zastosował autor u obu chorych naświetlania przysadki promieniami Rentgena. Po naświetlaniach zmniejszyło się u obu chorych ciśnienie krwi co według autora jest również znakiem, że zaburzenie tylnego płata przysadki mózgowej było przyczyną nadciśnienia.

Kobalt jako nowy środek rozszerzający naczynia. (Un nouveau vaso - dilatateur le cobalt). J. M. Le G o f f.

Presse Médicale. N. 12. 1934.

Autor badał początkowo działanie kobaltu, podając go doustnie królikowi i psom. W następstwie występowało naogół u zwierząt rozszerzenie naczyń przy czem nawet po dłuższem stosowaniu kobaltu nie zauważył autor żadnego działania ubocznego. Wstrzyknięcie podskórne kobaltu w dawce 0,02 u człowieka wywołuje uczucie gorąca i zaczerwienienia twarzy, częstość tętna się przyspiesza, ciśnienie krwi opada. Przy stosowaniu większych dawek 0,04 — 0,05 występuje nietylko zaczerwienienie twarzy, ale także szyji, uszu, karku. Autor wykonał około 100 wstrzyknięć kobaltu, nie spostrzegając poważniejszych powikłań ubocznych. Działanie kobaltu w postaci t. zw. kobaltaminu t. j. w połączeniu z amoniakiem i tlenem jest powolniejsze od działania samego kobaltu, uczucie gorąca i zaczerwienienie twarzy występuje dopiero po 15 — 30 minutach. Ponieważ w ostatnich czasach znaleziono, że kobalt wchodzi również w skład ustroju ludzkiego, można przypuszczać, że odgrywa on poważną rolę w różnych procesach życiowych.

Leczenie dusznicy bolesnej metodą d'Arsonvala falami krótkimi. (Traitement de l'angine de poitrine par la d'arsonvalisation à ondes courtes). L a u b r y, M e y e r, W a l s e r.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris. N. 28. 1933.

Od czasu gdy d'Arsonval wykazał przeciwbólowe działanie prądu o wysokiej częstotliwości próbowano zastosować je w dusznicy bolesnej. Autorzy opisują stosowaną przez nich technikę i podają kliniczny krótki opis 17 chorych. Stosowanie metody d'Arsonvala jest wskazane w przypadkach dusznicy wysiłkowej, która występuje przy najmniejszym wysiłku i w najwyższym stopniu utrudnia życie chorych. W takich przypadkach autorzy stwierdzili dodatnie działanie d'arsonwalizacji u 11 na 15 leczonych w ten sposób chorych. Poprawa występuje bardzo szybko, trwa jednak różnie długo, w razie pogorszenia można rozpocząć nową serję leczenia. Pomimo poprawy chorzy, którzy wracają do pracy, muszą żyć ostrożnie, gdyż zmiany organiczne pozostają. U chorych z niewydolnością krążenia należy metodę d'Arsonvala stosować bardzo ostrożnie i tylko wtedy gdy ciśnienie krwi nie jest zbyt obniżone. Fizjopatologja działania fal krótkich nie jest wyjaśniona, możliwie, że działają rozszerzająco na naczynia, jednakże jest to dotychczas przypuszczenie nie dowiedzione. Odpowiednie stosowanie metody d'Arsonvalda pod kontrolą powtarzanych pomiarów ciśnienia krwi i przy przystosowywaniu tej metody do odczynu chorego jest nie-

szkodliwe, a przynajmniej w połowie przypadków pomaga tam, gdzie wszystkie inne metody zawiodły.

O zarastających zapaleniach tętnic. (Les arterites obliterantes). Jules Lopez Lomba.

Paris Médical. N. 47. 1933.

Opis chorego w wieku 62 lat, u którego występowały od czasu do czasu objawy zgorzeli stopy, przyczem równocześnie zjawiały się zaburzenia psychiczne o charakterze melancholijnym. W przebiegu cierpienia uderzało, że objawy psychozy potęgowały się w miarę zjawiania się zgorzeli, z chwilą poprawy tej ostatniej ustępowała psychoza.

W okresie psychozy chory naogół mniej się skarżył na bóle w chorej stopie. Leczenie polegało początkowo na podawaniu insuliny w dawce 60—80 jednostek i choliny w dawce 0,40 g. dziennie. Ponieważ przeprowadzone w ten sposób w ciągu miesiąca leczenie nie wykazało żadnej poprawy zastosował autor początkowo dwa, później trzy razy tygodniowo śródżylne wstrzykiwania hypertonicznego roztworu soli w dawce 300 cm^3. Leczenie to, które trwało około 3 miesięcy doprowadziło do zupełnego zatrzymania zgorzeli, równocześnie ustąpiły i zaburzenia psychiczne.

Zarastające zapalenie tętnic uważano dotychczas za cierpienie miejscowe. Choroba Burgera nie jest właściwie zapaleniem tętnicy, ale zakrzepem, doprowadzającym do jej zarośnięcia, przyczem równocześnie występują uszkodzenia sąsiedniej żyły, która w końcu również zarasta.

Tkankołączne bujanie w sąsiedztwie naczyń otacza także i sąsiadujące włókna nerwowe, których uszkodzenie powoduje bóle i zaniki mięśniowe. Druga postać zarastania tętnic występuje u chorych z cukrzycą, których ściany tętnic są miażdżycowo zmienione, zgrubiałe, między innemi także z powodu odkładania się w nich wapnia i cholesteryny, światło naczynia jest zwężone. Czasami zakrzepy występują i w tej postaci, ale są rzadkie i zjawiają się wtórnie. Zarastające starcze zapalenia tętnic należą raczej do grupy zmian tętniczych chorych cukrzycowych, podczas gdy rzadkie młodzieńcze zapalenia tętnic należą raczej do postaci Burgera. Pozostawiając na boku zmiany tętnic na tle kiły i zapalenia tętnic w przebiegu cierpień zakaźnych pozostają więc tylko dwa typy przewlekłych cierpień tętnic: z jednej strony zapalenie zarastające tętnic u cukrzycowych i starców, z drugiej strony choroba Burgera i młodzieńcze, zarastające zmiany tętnic.

Obie te postacie mają według obecnych doświadczeń charakter ogólny, rozciągający się na cały układ tętniczy, zmiany mogą wystąpić w tętnicach całego ustroju, nietylko w kończynach. Opisany na wstępie przypadek chorego wykazuje również, że zmiany naczyniowe mogą rozciągać się na różne narządy, pozostające nieraz w znacznej od siebie odległości, choć najczęściej występują one w kończynach. Jeżeli zmiany naczyniowe występują w mózgu następstwa będą zależne od rodzaju i sposobu występowania zmiany tętniczej, gdy wytwarza się szybko może pociągnąć za sobą porażenie połowiczne, jeżeli zaczopowanie tętnicy powstaje powoli, rozwijające się krążenie uboczne może nie dopuścić do żadnych objawów, czasami tylko nagłe skurcze tętniczek mogą być przyczyną niewytłomaczonych omdleń. W innych znowu przypadkach, całkowicie pozbawionych zmian anatomicznych w tętnicach mogą wystąpić stałe skurcze tętnic, upodabniające te przypadki do zarastającego zapalenia. Do tej grupy zdają się należeć dolegliwości opisanego chorego. Objawy melancholji kładzie się nieraz na karb niedokrwienia mózgu, które w opisanym przypadku mogło powstać z powodu skurczu tętniczek mózgowych. W takiem ujęciu i następstwa zarastającego zapalenia tętnic mają szczególnie duże znaczenie i kto wie czy metody lecznicze tego cierpienia nie znajdą zastosowania w leczeniu psychoz o charakterze melancholijnym.

Etiologja zarastającego zapalenia tętnic jest nieznana, leczenie cierpienia opiera się więc na danych empirycznych i ma charakter symptomatyczny. Leczenie dietetyczne jest właściwe tylko u chorych cukrzycowych, ograniczenia cholesteryny mają znaczenie tylko z punktu widzenia profilaktycznego, pozostają one bez wpływu na stan chorych z rozwiniętemi zmianami tętniczek, gdyż jak wykazał Labbé gdy u chorych z cholesterynemją poziom cholesteryny we krwi wróci do stanu prawidłowego nie wpływa to na stan cierpienia; ograniczenie wapnia jest także bezcelowe, gdyż wedle badań Labbé'go poziom wapnia we krwi tych chorych jest prawidłowy. Należy unikać zimna i wilgoci, które przyczyniają się do występowania skurczów naczyniowych. W przypadkach choroby Buergera należy całkowicie wstrzymać się od palenia, każde leczenie w odwrotnym przypadku zawodzi.

Przy zmianach naczyń kończyn konieczny jest zupełny spokój w łóżku, zastój krwi zwalcza się spadzistem ułożeniem kończyny. Należy unikać najlżejszych okaleczeń chorej stopy; powinno się uprzedzić chorych o niebezpieczeństwie wszelkich zabiegów na wrośniętych paznokciach i na odciskach.

Bóle zwalcza się mechanoterapją bierną. W pozycji leżącej chorego zgina się stopę pod kątem 45' i przytrzymuje w ten położeniu w ciągu dwu minut, na dwie minuty opuszcza się ją pionowo, w ciągu 5 minut utrzymuje się w położeniu poziomem i równocześnie ogrzewa. Ćwiczenie to powtarza się w ciągu godziny trzy - cztery razy dziennie. Jeżeli ten rodzaj gimnastyki jest niemożliwy wytwarza się przekrwienie bierne przez założenie węża gumowego na górną część uda. Zastój ten utrzymuje się w ciągu dwu godzin, rano i wieczorem. Ucisk uda nie powinien być zbyt silny, tak iżby można było wyczuć tętnienie tętnicy stopowej. Stosuje się również leczenie ciepłem w ten sposób, że zanurza się chorego w kąpieli 41° — 43°. W kąpieli ciepłota chorego podnosi się stopniowo, powinna ona dojść do 39,5 — 40,5 w odbytnicy; gdy ciepłota chorego schodzi na 38° — 39° obniża się do tego poziomu ciepłota kąpieli i pozostawia w niej chorego na godzinę. Kąpiele takie stosuje się codziennie w ciągu 15 — 30 dni. Kąpiele kwasowęglowe mają również wpływ dodatni. Leczenie elektrycznością w postaci diatermji daje szczególnie dobre wyniki w chorobie Burgera, pozostając bez skutku w postaciach starczych. Diatermia rozszerza głównie małe naczynia i naczynia włosowate i w ten sposób poprawia krążenie krwi. Naświetlania dają czasami również dobre wyniki. Naświetlania promieniami Rentgena wywierają szczególnie

wpływ na sprawy starcze i cukrzycowe, inne postacie zachowują się opornie. Naświetlania te stosuje się na okolicę kręgosłupa w ten sposób by zadziałać na sploty współczulne.

Leczenie chemiczne jest bardzo różnorodne. W przypadkach, w których stwierdzono nadmierną lepkość krwi stosuje się cytrynian sodu, który daje wyniki korzystne szczególnie w postaciach starczych. W ciągu kilku miesięcy wstrzykuje się trzy razy tygodniowo, później rzadziej, 250 cm^3 2% roztworu cytrynianu sodu. Drogą doustną można dawać 30 gr. dziennie, następnie zmniejsza się tę dzienną dawkę. Doskonale wyniki dały również wstrzykiwania hypertonicznego roztworu soli, wykonywane trzy razy w tygodniu, w dawce 150 $cm.^3$ za pierwszym razem, 300 $cm.^3$ we wstrzyknięciach następujących. Początkowo robi się wstrzyknięcia trzy razy w tygodniu, następnie, dwa razy, później jeszcze rzadziej. Ten sposób leczenia może się przeciągać bardzo długo, rok, a nawet dłużej. Działanie tej metody polega na powiększeniu objętości krwi, wywołuje to rozszerzenie naczyć, poprawia wogóle krążenie i sprzyja powstaniu krążenia ubocznego. W tym samym celu zalecają również chorym obfite doprowadzanie płynów, naturalnie przy zdrowym narządzie krążenia.

Wstrzykiwania acetylcholiny dają szczególnie dobre wyniki w starczem zapaleniu tętnic. Wstrzykuje się podskórnie dwa razy dziennie po 0,4 gr. acetylcholiny. Acetylcholina działa jako środek antagonistyczny w stosunku do adrenaliny, pobudza układ nerwu błędnego, działa rozszerzająco na tętniczki. Działanie jej jest jednak przejściowe. Insulina wywiera niejednokrotnie wpływ korzystny w cukrzycowem, młodzieńczem, a także i starczem zapaleniu tętnic. jej wpływ jest jednak niestały, nieraz paradoksalny, niemożliwy do przewidzenia. Działa ona prawdopodobnie na jakiś czynnik etiologicznie ważny, dotychczas nieznany. Działanie bardziej stałe od insuliny zdają się wywierać desinsulinowane wyciągi trzustki, które się wstrzykuje śródmięśniowo. Zachwalano również wyciągi mięśniowe, jajnikowe, wyciągi krwi kobiecej. W pewnych przypadkach leczenie bodźcowe może mieć wpływ dodatni, jednakże u asteników, u osób z wyraźnem charłactwem, u chorych sercowych, szczególnie ze zmianami tętnic wieńcowych, przy równoczesnych sprawach zakaźnych, nie jest ono wskazane. W leczeniu bodźcowem stosowano środki białkowe, a także wstrzykiwania śródżylne szczepionki przeciwtyfusowej, początkowo w dawce 15—30 miljonów, następnie powiększając stopniowo dawki o 25 miljonów aż do dawki najwyższej 500 miljonów. Leczenie chirurgiczne należy zastosowedług autora w tych przypadkach, w których wymienione wewnętrzne metody lecznicze zawiodły. W końcu swej pracy omawia autor zabiegi chirurgiczne, mogące znaleźć zastosowanie.

Oxalemia chorych sercowych. (L'oxalemie des cardiaques). Par M. L o e p e r, D. M o h o u d e a u et J. T o n n e t.

Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. N. 3, 1934.

Spostrzeżenia kliniczne, chemiczne, doświadczalne i dietetyczne pokazują, że kwas szczawiowy pochodzi z węglowodanów, bądź z ich niezupełnego spalania w tkankach, bądź z ich przemiany, odbywającej się w jelitach pod wpływem drobnoustrojów. Oxalemia jest częsta w przebiegu cukrzycy, w następstwie odżywiania bogatego w węglowodany. Wytwarzanie się kwasu szczawiowego jest ułatwione przez powiększenie zasadowości krwi, a także i powiększenie Co_2 we krwi. To ostatnie występuje często u pewnych chorych sercowych i sercowo - nerkowych w okresie niewydolności krążenia. W warunkach prawidłowych poziom kwasu szczawiowego waha się około 0,015%. U chorych z różnemi cierpieniami narządu krążenia, badanych przez autorów, szczególnie w okresie niewydolności, poziom ten był nieraz znacznie wyższy. Przyczyną tego stanu niebyła dieta, podobna do diety innych chorych, nie mających oxalemji, nie był on także wywołany zaburzeniami wątroby, która odgrywa ważną rolę w wytwarzaniu i niszczeniu kwasu szczawiowego, choćby dlatego, że oxalemia jest dość rzadka u chorych z cierpieniami wątroby. Przyczyną oxalemji tych chorych nie były także ani zaburzenia dokrewne (tarczyca ma odgrywać pewną rolę w powstawaniu oxalemji), ani zaburzenia nerwowe (cierpieniom nerwowym ma czasami towarzyszyć oxalemia) gdyż zmian w tym kierunku u nich nie stwierdzono. Oxalemia nie mogła być spowodowana także obniżeniem progu przepuszczalności nerek dla kwasu szczawiowego, gdyż tylko u jednego na zbadanych 8 chorych poziom kwasu szczawiowego w moczu w stosunku do krwi był znacznie obniżony, u innych stosunek ten był prawidłowy. Autorzy przyznają, że ogólne zaburzenia krążenia mogą wpłynąć ujemnie na czynności wszystkich gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, jednakże przyczyną zwiększonej oxalemji ich chorych był prawdopodobnie proces bardziej ogólny, polegający na zwolnieniu spalania produktów węglowodanowych. Kwas szczawiowy wytwarza się doświadczalnie w wątrobie i w mięśniach, gdy się je trzyma w cieplarce. W tych warunkach znika glikogen z wątroby, a równocześnie powstaje glukoza i kwas szczawiowy. Mięsień sercowy wytwarza w cieplarce z glikogenu również i kwas szczawiowy. Ten ostatni może wywołać zaburzenia w czynnościach włókien sercowych, gdyż spala się on trudniej niż kwas mleczny i mniej się nadaje do resyntezy glikogenu. Czynnikiem obciążającym jest ponadto i spostrzeżenie, że kwas szczawiowy wytwarza się najobficiej w pęczku His'a, gdzie i glikogen znajduje się w największej ilości. Kwas szczawiowy działa toksycznie na układ nerwowy, obniża on ciśnienie krwi, zwalnia częstość tętna, działa nietylko na nerwy, ale i na tkankę sercową. Wytwarzając się w sercu, w pęczku regulującym czynności sercowe, wywiera on działanie toksyczne w miejscu swego powstania, może więc być przyczyną licznych zaburzeń, nietylko natury ogólnej, ale i w czynności samego serca.

Rozważania nad odpornością naczyń włosowatych. (Considerations sur la resistance des capillaires). S i m i c i P o p e s c o et B o s s a n.

Presse Médicale. N. 16. 1934.

Badania nad odpornością naczyń włoskowatych wykonywali autorzy metodą Göthlina i metodą Hessa. Przy zastosowaniu metody Göthlina zakłada się na dolną część ramienia mankiet szerokości 6 — 8 cm. Mankiet ten jest połączony

z manometrem rtęciowym i z pompką wpychającą powietrze do mankietu. Za pomocą tej pompki podnosi się ciśnienie w mankiecie początkowo do 35 mm. Mg. i utrzymuje je w ciągu 15 minut, po tym czasie podnosi się ciśnienie do 50 mm. Hg. i znowu utrzymuje 15 minut, poczem jeszcze się je podwyższa do 65 mm. Hg., zatrzymując mankiet na ramieniu jeszcze przez kwadrans. Całe badanie trwa 45 minut. Po każdym okresie zastoju przed podwyższeniem ciśnienia w mankiecie liczy się ilość wybroczyn, które wystąpiły poniżej ucisku, uwzględniając nawet maleńkie tylko zapomocą lupy widoczne wybroczynki. Jeżeli liczba tych nawet najmniejszych wybroczyn dochodzi do 8 świadczy to, że odporność naczyń włosowatych jest zmniejszona; im liczniejsze i im większe są te krwawienia tem bardziej przemawia to za uszkodzeniem naczyń włosowatych. Metodę badania według Hessa kombinuje się z metodą badania według Gothlina w ten sposób, że po zakończeniu trzykwadransowego ucisku zakłada się na drugie ramię tenże sam mankiet, w którym podnosi się ciśnienie do 100 mm. Hg. i powstały tą drogą zastój utrzymuje się w ciągu trzech minut. Jeżeli po tym czasie stwierdza się 10—20 krwawień poniżej mankietu przemawia to również za uszkodzeniem naczyń włosowatych, tem większem im krwawienia są liczniejsze i większe. Autorzy przeprowadzili swoje badania u ludzi zdrowych i u chorych z cierpieniami wątroby (44 chorych), u chorych z cierpieniami narządu krążenia (4), oddychania (27), u 28 różnych chorych zakaźnych, etc. Do badań tych używali aparatu Pachona. Autorzy uważają próbę Hessa za wyraźnie dodatnią, gdy wybroczynki przekroczą liczbę 20 i znajdują się nietylko na ramieniu, ale i na przedramieniu. Przy stosowaniu sposobu Gothlina wynik jest słabo dodatni gdy 10 — 20 wybroczynek znajduje się tuż pod mankietem, dodatni, gdy liczba wybroczynek jest większa, ale gdy występują tylko pod mankietem, wybitnie dodatni, gdy duże wybroczynki w znacznej liczbie występują i na przedramieniu.

U osób normalnych (tylko 2 osoby) oba sposoby ucisku nie powodują występowania wybroczynek. W przypadkach żółtaczki nieżytowej metoda Göthlina była dodatnia u 24%, u 6,5% chorych z kamicą żółciową oba sposoby badania były ujemne. Największe krwawienia skórne po ucisku spostrzegali autorzy u chorych gruźliczych, u których sposób Gothlina był dodatni w 90%. Hessa w 20% przypadkach. U chorych z zapaleniem opłucnej sposób Göthlina był dodatni w 58%, Hessa w 9,9% badanych. Spostrzeżenia te wykazują, że nietylko gruźlica płuc, ale i gruźlica opłucnej, wywołuje znaczne zmiany w naczyniach włosowatych. W przebiegu gruźlicy włóknistej zmian tych nie zauważono. U 3 chorych z rakiem przewodu pokarmowego wynik badania był ujemny, natomiast dodatni w przypadku lymfogranulomatozy, która działa widocznie szkodliwie na naczynia włosowate. U chorych z wrzodem żołądka i dwunastnicy, u większości chorych z cierpieniami nerek badania te nie wykazały uszkodzenia naczyń włosowatych. Z pośród chorych zakaźnych po zniknięciu wysypki wynik był ujemny u chorych z odrą i durem brzusznym, w nagminnem zapaleniu opon mózgowych był czasami dodatni. U jednego z tych chorych, który był leczony wstrzykiwaniami surowicy, przy zastosowaniu sposobu Gothlina, wystąpiła w 6 dni po pierwszem wstrzyknięciu surowicy pokrzywka, a w dwa dni później zjawiły się objawy choroby posurowiczej. Spostrzeżenie to ma znaczenie praktyczne, gdyż wystąpienie podobnego zjawiska może uprzedzać chorobę posurowiczą i wobec tego wskazać na konieczność zastosowania środków uprzedzających ją. Do cierpień, w których badania te wykazały znaczne uszkodzenie naczyń włosowatych należy także i kiła. Autorzy wnioskują, że uszkodzenie naczyń włosowatych, stwierdzane w tak licznych cierpieniach, jest prawdopodobnie wywołane uszkodzeniem przybłonków naczyniowych przez pierwotny czynnik cierpienia, przyczynia się do tego prawdopodobnie i brak witaminy C w odżywianiu chorych, gdyż badania autorów robione były w zimie, gdy dieta szpitalna zawiera bardzo mało jarzyn.

Badania kliniczne nad wytrzeszczem gałek ocznych o charakterze cierpienia Basedowa. (Etude clinique des exophtalmies de type Basedovien). J u s t i n B e s a n ç o n, K o h l e r e t S e i f f - W e r t h e i m e r.

Journal Médical Français. Nr. 3 1934.

Cechą charakterystyczną wytrzeszczu gałek ocznych w przebiegu choroby Basedowa jest przedewszystkiem prawidłowe napięcie gałki ocznej, brak wszelkiego obrzęku w obrębie oczodołu i powiek, i wreszcie prawidłowe światła źrenicy. Szczególnie ta ostatnia cecha pozwala odróżnić wytrzeszcz choroby Basedowa od wytrzeszczu, wywołanego podrażnieniem nerwu współczulnego szyjnego, w ostatnim przypadku bowiem występuje wytrzeszcz, połączony z rozszerzeniem źrenicy. Wytrzeszcz o charakterze cierpienia Basedowa spotyka się wprawdzie często w przebiegu różnego rodzaju zaburzeń czynności układu wegetatywnego przy prawidłowej czynności tarczycy, natomiast w przypadkach nadczynności tarczycy nie stwierdza się często żadnej równoległości między objawami tej nadczynności a stopniem wytrzeszczu, ponadto nieraz gdy objawy nadczynności ustąpiły pod wpływem leczenia wytrzeszcz utrzymuje się w sposób bardzo uporczywy. Zwraca ponadto uwagę, że nieraz w przebiegu stosowania dużych dawek thyroxiny, które doprowadzają do znacznego wychudzenia chorych, powodują tachycardię, nie zmienia się jednak wygląd gałek ocznych, podobnie i w tych przypadkach, w których nieraz bardzo znaczny, czasami jednostronny wytrzeszcz pozostaje po ustąpieniu ciężkich objawów Basedowa. W ten sposób prawie doświadczalnie pod wpływem leczenia udaje się oddzielić objawy oczne od objawów nadczynności tarczycy. Z dotychczasowych doświadczeń wynika więc, że nadczynność tarczycy nie jest ani wystarczająca, ani konieczna do wywołania wytrzeszczu gałek ocznych. Spostrzeżenia kliniczne pokazują co najwyżej, że nadczynność tarczycy stwarza warunki korzystne do powstania wytrzeszczu. Przemawia za tem częste powstawanie wytrzeszczu w przebiegu choroby Basedowa i niejednokrotnie jego zmniejszanie się w miarę znikania nadczynności tarczycy. Badania doświadczalne autorów na zwierzętach wykazały, że pewne środki wywołują łatwiej wytrzeszcz od innych, że adrenalina w dawkach nie wywołujących wyraźnego wytrzeszczu, powoduje już znaczne

rozszerzenie źrenic. Wskazuje to niezależność mechanizmu, wywołującego wytrzeszcz od mechanizmu rozszerzającego źrenicę. Inne doświadczenia wykazały, że można doprowadzić do znacznego wytrzeszczu, połączonego ze zwężeniem źrenicy, jeżeli się stosuje śródżylnie po uprzedniem podaniu środków drażniących układ współczulny, środki zwężające źrenicę. Autorzy więc wykazali doświadczalnie, że podrażnienie ogólne nerwu współczulnego, wywołujące wytrzeszcz nie jest związane z mechanizmem rozszerzającym źrenicę. Jeżeli nawet bardzo duże dawki thyroxiny, same przez się, nie mogą spowodować wytrzeszczu, to jednak u zwierząt, które dostały duże dawki thyroxiny łatwiej jest wywołać wytrzeszcz doświadczalny przez ogólne podrażnienie nerwu współczulnego. Autorzy stwierdzili ponadto, że wytrzeszcz doświadczalny ustępuje po zastosowaniu chlorhydratu yohimbiny, alkaloidu, porażającego końcówki nerwu współczulnego. Te badania autorów potwierdziły spostrzeżenia wykonane na ludziach. Mianowicie u chorej z obrzękiem śluzakowatym, której podawano przez czas dłuższy thyroxinę, a później przez dwa miesiące, adrenalinę, wystąpił wytrzeszcz w połączeniu z tachycardią i nadciśnieniem. U innej chorej, która była leczona dużemi dawkami thyroxiny, wywołali autorzy dwukrotnie wyraźny wytrzeszcz przez wstrzyknięcie ephedriny, podobnie u chorych z Basedowem, mających znacznie podwyższoną podstawową przemianę materji, jednakże bez wytrzeszczu, po wstrzyknięciach ephedriny spostrzegali autorzy zjawienie się tego ostatniego. Autorzy zaznaczają, że badania ich nad leczeniem wytrzeszczu nie są jeszcze zakończone.

Leczenie zespołu współczulnego Basedowa. (Thérapeutique du syndrome sympathique parabasedowien). L a b b é et G i l b e r t - D r e y f u s.

Journal Médical Français. Nr. 3. 1934.

W pewnych przypadkach choroby Basedowa zwykle stosowane metody lecznicze szczególnie jod w postaci rozczynu Lugola (Jod 1 gr. Jodek potasu 2 gr. H_2O — 20 gr.) zawodzą. W przypadkach tych podstawowa przemiana materji bywa prawidłowa. Dolegliwości tych chorych wywołane są zaburzeniami układu wegetatywnego, których usunięcie jest zazwyczaj bardzo trudne. Leczenie bywa długotrwałe, zależne od rodzaju schorzenia wegetatywnego i od wyniku próby Danielopolu. Podstawą leczenia są wskazania normujące ogólny tryb życia, stosowanie umiarkowanych ćwiczeń cielesnych, wodolecznictwo, leżakowanie, unikanie w odżywianiu środków drażniących (kawy, alkoholu, innych drażniących pożywek, pokarmów ciężkostrawnych).

Na podstawie tego leczenia ogólnego stosuje się środki uspakajające zaburzenia ze strony poszczególnych narządów, serca, przewodu pokarmowego, etc. Oprócz tego stosuje się środki uspakajające układ nerwowy ośrodkowy i środki działające na układ współczulny i układ nerwu błędnego. Uspakajająco na układ nerwowy działają wyciągi roślinne, passiflora, crataegus, pozatem duże dawki połączeń bromowych, bardzo korzystnie mają działać duże dawki waleriany, wreszcie małe dawki gardenalu (0.015 — 0.02) 3 — 4 razy dziennie. W przypadkach nadczynności układu nerwu błędnego podaje się 3 — 4 razy dziennie belladonnę w połączeniu z poprzednio wymienionemi środkami. W stanach nadczynności układu nerwu współczulnego zalecają eserinę. Autorzy stosują tą ostatnią według następującego przepisu: salicylan obojętny eseriny 0.02, wody przekroplonej 3.0, gliceryny obojętnej 7.0 alkoholu 95% 20 cm^3. Podaje się 10 — 20 kropli trzy razy dziennie przyczem dawki można powoli stopniować. Oprócz eseriny stosują autorzy także geneserinę. Autorzy przekonali się o niezawsze jednakowo korzystnem działaniu winianu ergotaminy, który powoduje nieraz zaburzenia bardzo poważne. Wszystkie wspomniane środki nie mają wyraźnego działania na wytrzeszcz gałek ocznych. Objaw ten tak w przebiegu choroby Basedowa jak i basedowizmu jest najbardziej uporczywy, nie ustępujący pod działaniem różnych metod leczniczych. Nawet sympatectomia okołotętnicza nerwu współczulnego szyjnego pozostaje nieraz bez skutku. Dopiero badania doświadczalne Besançona wykazały korzystne działanie yohimbiny na wytrzeszcz gałek ocznych, znikający po śródżylnem podaniu tego środka. U człowieka działanie yohimbiny jest różne, zależne od rodzaju chorych. U chorych z całkowicie wykształconym obrazem choroby Basedowa z podwyższoną podstawową przemianą materji, yohimbina nie wpływa ani na wytrzeszcz, ani na podstawową przemianę, ani na zachowanie się tętna. U chorych leczonych jodem działanie yohimbiny jest nieznaczne aż do chwili powrotu podstawowej przemiany materji do stanu prawidłowego. Natomiast u chorych wyleczonych, którzy są jeszcze obarczeni wytrzeszczem, działanie yohimbiny jest bardzo wyraźne, u niektórych wytrzeszcz znika całkowicie. Działanie yohimbiny jest tem korzystniejsze, im młodszej daty jest wytrzeszcz. Wreszcie działanie yohimbiny jest naogół dobre w przypadkach wytrzeszczu, nie połączonego z nadczynnością tarczycy. W pewnych przypadkach wreszcie yohimbina zawodzi nie wiadomo z jakiej przyczyny. Yohimbina nie zawsze jest dobrze znoszoną czasami wywołuje nudności, bezsenność, staje się przedmiotem przyzwyczajenia, dawki początkowo korzystne zatracają swą skuteczność.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

O niektórych zaokrąglonych obrazach radiologicznych spostrzeganych w klatce piersiowej u dzieci. (Sur quelques images radiologiques arrondies observées dans le thorax infantile). M. P é h u, L. N o v é - J o s s e r a n d et M e l l e A. Z. R o u g i e r.

Le Journal de Méd. de Lyon. Février, 1934.

We wszystkich okresach wieku dziecięcego, przy badaniu rentgenoskopowem lub na zdjęciach klatki piersiowej widuje się zmiany patologiczne o kształtach okrągłych. Zmiany patologiczne przedstawiają się jako twory okrągłe, owalne lub owalne, w zależności od różnych czynników, które nie zawsze ze ścisłością mogą być ustalone.

Podłoże anatomiczne tych zmian patologicznych bywa bardzo różne; mogą one być wywołane przez etjologicznie zupełnie odmienne sprawy chorobowe: niektóre z tych spraw chorobo-

wych zdarzają się wyjątkowo lub rzadko, inne napotykamy często w codziennej praktyce dziecięcej. Do pierwszej grupy należą cierpienia bardzo liczne: wrodzone wady rozwojowe oskrzeli i płuc (torbiele powietrzne), przepuklina żołądkowa, wady rozwojowe i uchyłki przełyku, nowotwory (limphosarcoma mediastini), bąblowiec, częściej — ciała obce, i opadowe ropnie gruźlicze.

Najczęściej jednak obrazy o rysunku zaokrąglonym odpowiadają cierpieniom następującym: przemijającym lub trwałym rozstrzeniom oskrzelowym, różnego pochodzenia pod względem etjologicznym; schorzeniom opłucnej o różnym umiejscowieniu, przebiegu i etjologji; dużym ropniom płuca, komunikującym się z oskrzelem lub nie; gruźlicy płuc we wszystkich jej okresach, nie wyłączając ogniska pierwotnego i wczesnego nacieku.

Stosowanie mięsa w odżywieniu niemowlęcia. (L'utilisation de la viande dans l'alimentation du nourrisson). Ch. Gardèu, M. Girard et Melle Vial.

Le Journal de Méd. de Lyon. Février, 1934.

Wśród pokarmów, które muszą być stosowane w odżywianiu niemowlęcia[1]), mięso nasuwa laikom i wielu lekarzom najwięcej obaw i niedowierzania. Tradycja, wg. której dzieci otrzymują mięso dopiero w 4 — 5 roku życia jest b. rozpowszechnioną[2]). Tradycja ta ma przeciwko sobie nawet stare obserwacje kliniczne, oraz nowe prace dotyczące odżywiania, które zgodnie wykazują potrzebę podawania mięsa w 2-im roku życia.

Około 1920 r., sprawa mięsa w odżywianiu niemowlęcia stała się tematem aktualnym. Marfan wykazał, że mięso należy podawać w połowie 2-go roku życia dziecka. Jest ono wtedy dobrze znoszone i staje się niezbędnem, dla zrównoważenia racji pokarmowej, gdyż wyłączne odżywianie mleczno-węglowodanowe prowadzi do niedokrwistości, i wywołuje zaburzenia jelitowe i stanu ogólnego odżywiania.

Variot wyraża podobne zapatrywania, podkreślając konieczność dokładnego mielenia mięsa. Variot często stosuje surowy sok mięsny w stanach wyniszczenia, będących następstwem wyłącznego dłuższego podawania mączek.

J. Renault i M-me de Tamreuberg podkreślają znaczenie odżywiania mięsem. Mięso, dzięki bogactwu amino-kwasów, doskonałemu przyswajaniu jest niezbędnem dla odżywiania młodego ustroju. Nie istnieje żadne niebezpieczeństwo przy podawaniu mięsa, o ile odżywianie jest zrównoważone. O ile odpowiedni stosunek białka do tłuszczów i węglowodanów jest zachowany, nie należy się niczego obawiać. Mięso może być szkodliwe w niektórych chorobach i dla starców, lecz nigdy dla zdrowych dzieci.

Ankieta w r. 1929 przeprowadzona przez Vie Médicale o stosowaniu mięsa u dzieci wykazała, że mimo dużej rozbieżności zdań, większość odpowiedzi streszcza się w sposób następujący:

1-o. Około 15-go miesiąca można podawać pokarmy mięsne, które nie wymagają żucia, rosół i zupy mięsne[1]), oraz mięso zmielone na papkę.
2-o. Około 20 mies., o ile dziecko posiada odpowiednie zęby, można podawać kruche rodzaje mięsa.

Tym przepisom należy przeciwstawić wczesne odżywianie bezmleczne stosowane z powodzeniem przez autorów niemieckich (Hamburger, Epstein, Knauer, Czerny, Stolte) przy różnych cierpieniach u niemowląt (wyprysk, tężyczka, ciężkie stany dyspeptyczne, wymioty, brak łaknienia, krzywica, niedokrwistość pokarmowa).

Ten sposób odżywiania wydaje się dziwny, lecz osądzać go należy ostrożnie, uwzględniając odrębności klimatyczne i rasowe. Z pewnemi zastrzeżeniami trzeba wywnioskować, że już w I-m roku życia niemowlęta doskonale tolerują mieloną wątróbkę i mięso. Obserwacje tych autorów stanowią poważny dowód przeciwko późnemu podawaniu mięsa u dzieci.

Różne rodzaje mięsa są stosowane w II-m roku życia: baranina, wołowina, cielęcina, szynka, kura, ryba, wątroba cielęca, móżdżek. Marfan i autorzy oddają pierwszeństwo mięsu ciemnemu, zwłaszcza baraniemu. Jako pokarm mięso dostarcza ustrojowi białka, tłuszczu, soli mineralnych i witamin. Mięso baranie zawiera białka i tłuszczu ok. 20%, a więc znacznie więcej niż mleko (3 — 4%), co pozwala wyrównać odżywianie, bez użycia większych ilości płynu. Zawartość żelaza jest znaczna. Czynnik witaminowy B i C istnieje w mięsie surowem. Białko mięsa zawiera kwasy aminowe niezbędne dla odżywiania i wzrostu.

Wartość odżywcza wątroby jest jeszcze bardziej szeroką (kwasy aminowe, tłuszcze, węglowodany, sole mineralne, żelazo, różne witaminy).

Pomimo roli czynnika pokarmowego plastycznego, mięso, nawet w małych dawkach wykazuje wybitne działanie krzepiące. Dzieci, które od 15 — 18 mies. otrzymują małe dawki mięsa, wyróżniają się bardziej jędrnem ciałem, lepszą barwą skóry, lepszym rozwojem układu mięśniowego, większą żywością i siłą.

Wg. zdania Ch. Richet, mięso od 2-go roku życia jest niezbędne dla budowy mięśni.

Z drugiej strony znaczenie mięsa dla regeneracji w niedokrwieniach jest faktem ustalonym. Niedokrewność w pierwszych latach życia często stoi w związku z brakiem pokarmów mięsnych. Wg. autorów dzieci anemiczne zgłaszające się do porady lekarza, to są dzieci, które nie otrzymują mięsa. Terroine i Mahler - Mudler badając przemianę azotową u młodych zwierząt stwierdzili, że najlepszy współczynnik przyswajania pokarmowego otrzymuje się za pomocą mięsa.

W stosunku do dzieci w I i II-im roku życia, większość lekarzy pedjatrów we Francji postępują według następujących zasad:

1-o. Niemowlęta zdrowe w I-m roku nie otrzymują mięsa, lub pokarmów mięsnych. Po roku, można rozpocząć podawanie płynnych lub papkowatych pokarmów mięsnych: rosół z kaszką, papka mięsna w ilości 15 — 25 gr. 2 — 3 razy w tygodniu. Około 18 — 20 mies., o ile dziecko umie przeżuwać podaje się szynkę drobnokrojoną, móż-

---

[1]) Okres niemowlęctwa (nourrisson), obejmuje wg. klasyfikacji francuskiej pierwsze dwa lata życia (dop. refer.).

[2]) We Francji (dop. ref.).

[1]) U nas podaje się od 9 — 10 mies. (dop. ref.).

dżek, i inne rodzaje mięsa. Na początku podaje się małe dawki, dochodząc stopniowo do 25 gramów, co 2-gi dzień.

2-o. Niemowlęta chore, w pewnych tylko wypadkach, otrzymują mięso w I-m roku życia, surowe lub gotowane, zwykle dopiero po roku. Mięso surowe (baranina), w postaci zmielonej papki, w dawce 20 — 30 grm. na dobę. Mięso znajduje wskazanie w gruźlicy, w niedokrewnościach niemowląt, w okresie zdrowienia przy nieżytach jelitowych (enteritis dysenteriformis), przy morbus coeliacus.

Jednak tolerancja niemowlęcia, nawet w pierwszych miesiącach życia w stosunku do pokarmów mięsnych nie ulega wątpliwości. Mięso można stosować tytułem pokarmu uzupełniającego lub zastępczego w przypadkach pojedyńczych, wymagających lepszego dostosowania zwykłej djety mleczno-węglowodanowej do potrzeb ustroju. Od dłuższego czasu autorzy systematycznie podają pokarmy mięsne w II-m roku życia, oraz sok mięsny surowy w I-m roku życia, w przypadkach nietolerancji mleka, u niemowląt wyniszczonych anemicznych, w niektórych biegunkach, u dotkniętych krzywicą i gruźlicą.

W tej postaci niemowlęta tolerują mięso bez zaburzeń. Dla przygotowania surowej papki mięsnej używa się wyłącznie baraninę lub mięso końskie.

Mięso pozbawione tłuszczu, należy skrobać nożem w kierunku przebiegu włókien. Do otrzymanej papki mięsnej dodaje się cukier sproszkowany w równej ilości oraz sok mięsny. Dzieci bardzo chętnie przyjmują mięso w ten sposób przygotowane.

W I-m roku podaje się przeważnie sok mięsny w ilości 10 — 30 gramów; w II-m roku papkę w ilości 20 — 30 gramów. Należy rozpoczynać stopniowo i robić 2 — 3 dniowe przerwy. O ile stolce stają się cuchnące, należy zmniejszyć dawkę, lub na pewien czas odstawić poda wanie mięsa. W czasie gorączki mięsa nie podaje się.

Dodatek mięsa powinien uwzględnić zmniejszenie dawki mleka, oraz zwiększenie dawki jarzyn i owoców. Djeta nie powinna być przeładowaną białkiem i tłuszczem (3 grm. białka i 3,5 grm. tłuszczu na kilo wagi w II r. życia).

Dla dziecka, w wieku 18 mies., djeta przedstawia się. jak następuje:

I. Mączka na mleku (250 grm.).

II. Przetarte jarzyny 100 grm., mięso 10 — 20 grm., owoce gotowane i surowe — 50 grm.; chleb 10 — 20 grm.

III. 100—150 grm. mleka + 20 grm. pieczywa z masłem, owoce, konfitury.

IV. Zupa jarzynowa 200 grm. + 50 grm. mleka; kompot owocowy 50 grm.

W djecie tej wypada około 3 grm. białka i 3,5 grm. tłuszczu, oraz 16 grm. węglowodanów na kilo wagi, przy wadze dziecka 10—11 kilo. Wartość kaloryczna 800 grm.

Na poparcie swoich wywodów autorzy przytaczają 12 opisów klinicznych, z których najciekawszy dotyczy dziecka w wieku 2 miesięcy, z objawami znacznego wyniszczenia (waga 2,800 grm.), skierowanego do szpitala z powodu wymiotów i biegunki. Po zwykłem postępowaniu dalsze pogorszenie, utrata 300 grm. wagi. Po dodaniu surowego soku mięsnego, stopniowo, do 30 grm. dziennie, — rozpoczyna się powolny ale stały przyrost na wadze. Sok mięsny znoszony jest dobrze, stolce normalne. Po dłuższym pobycie dziecko wypisane ze szpitala zdrowe, z wagą 4160 grm.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Schorzenie stóp typu zgorzelinowego, występujące w następstwie przebywania w okopach wojennych. (Le pied de tranchéc). C h e v a l l i e r.

Revue de Médecine, Nr. 9, listopad 1933.

Istota tego schorzenia sprowadza się do obumarcia tkanek stopy typu „odmrożenie", występującego pod wpływem jednoczesnego zadziałania zimna i wilgoci (w okopach wilgotnych w okresie jesieni i zimy). W ciągu pierwszego roku wojny było ewakuowanych z szeregów Armij Sprzymierzonych na froncie zachodnim z górą 31 tysięcy żołnierzy z powodu tego cierpienia.

O b r a z k l i n i c z n y. Pierwsze objawy występują najczęściej dopiero po ustąpieniu czyn-

nika szkodliwego (wilgoci i zimna), w parę godzin, parę dni. Są to przedewszystkiem gwałtowne bóle stopy, napadowo wzmagające się i umiejscowione zwykle w okolicy śródstopia, bóle typu neuralgicznego (paląco-szarpiące), nasilające się przy dotknięciu nawet kołdrą, zwłaszcza w nocy. Bólom towarzyszą mrowienia w chorej stopie, palenia, kurcze bolesne i t. p. Bóle te, po przejściu ostrego okresu początkowego, przycichają nieco. Względnie szybko powstaje rozległy obrzęk całej stopy, sięgający nieraz aż do połowy goleni. Skóra bywa przytem blada, różowa lub nawet czerwona z odcieniem fiołkowym. W przypadkach cięższych powstają na niej pęcherze podnaskórkowe (w 24 — 48 godzin), wypełnione płynem surowiczym; wreszcie, w najcięższych — strup martwicowy, suchy lub rozpływający. Oddzielanie się strupa martwicowego odbywa się bardzo wolno, tygodniami. Obecna w okresie początkowym przeczulica przechodzi następnie w częściowe lub zupełne znieczulenie (zwłaszcza w zakresie czucia bólu i gorąca); w okresie ozdrowienia znowuż powraca przeczulica. Odruch ze ścięgna Achillesa bywa często zniesiony. Wyraźnych zaburzeń ze strony miejscowego układu krążenia nie stwierdza się. Gorączka — niewielka, dopóki nie nastąpi wtórne zakażenie pęcherzy lub ognisk martwicowych, które należy do bardzo częstych powikłań omawianego cierpienia. Zakażenie to może być mniej lub więcej złośliwe, do zgorzeli gazowej włącznie.

Rozróżnia się cztery okresy w rozwoju klinicznym tego cierpienia: 1) okres bólów (którym towarzyszy znieczulenie), 2) okres obrzęku, 3) okres pęcherzy, 4) okres zgorzeli. Pierwsze dwa okresy powstają zwykle prawie równocześnie. W przypadkach lżejszych, w których nie dochodzi do wytworzenia się pęcherzy i zgorzeli, wyleczenie może nastąpić w 10 — 14 dni (niebezpieczeństwo nawrotów). Istnieją i postaci poronne, w których może nie być żadnych objawów przedmiotowych (poza bólami samoistnemi). Rokowanie co do życia jest dobre, śmiertelność (na 79.465 przypadków wojennych) wynosi 0,2%; rokowanie co do trwałego powrotu do zdrowia jest znacznie gorsze.

E t j o l o g j a. Znaczna większość autorów skłania się do uznania za przyczynę powstawanie opisywanego cierpienia: zimno w połączeniu z wilgocią; przyczem nie wystarcza tu ani sama wilgoć, ani samo zimno (np. mróz). Czynnikiem uspasabiającym jest ogólne przemęczenie, wyczerpanie (chociażby przejściowe) serca, skłonność do nadmiernego pocenia się nóg i obecność żylaków goleni. Czynnikiem sprzyjającym powstaniu opisywanych zmian w stopach: ich długotrwałe i prawie zupełnie unieruchomienie i nadmierny ucisk obuwia.

Z a p o b i e g a n i e będzie tu polegało na unikaniu przemęczenia (poza unikaniem samego zimna i wilgoci), na właściwem odżywianiu się, właściwem ubieraniu się obuwaniu (luźno i ciepło), na używaniu chociażby minimalnego ruchu i utrzymywaniu nóg w czystości. Przed szkodliwem działaniem chłodu i wilgoci chroni do pewnego stopnia posmarowanie stóp tłuszczem zwierzęcym.

L e c z e n i e — poza leżeniem w łóżku, dobrem odżywianiem, ciepłemi kąpielami chorych stóp i chronieniem ich przed wtórnem zakażeniem — jest tylko objawowe.

Istota tak zwanego wykręcenia stawu. (Qu' est-ce qu' une entorse). R e n é L e r i c h e.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 7, marzec 1934.

Istnieje w tej sprawie duża rozbieżność zdań; różni autorowie ujmują całkowicie odmiennie istotę wykręcenia stawu kładąc większy nacisk bądźto na zespół zmian anatomicznych, bądź też — raczej na zmiany czynnościowe. W każdym razie, można przyjąć za pewne, że zmiany te nie dotyczą ani układu kostnego, ani też maziówki, stawów. Pozostają więc tylko więzadła, jako podłoże możliwych tutaj zmian urazowych. Dawniej przypuszczano, że te ostatnie polegają na rozciągnięciu, rozerwaniu, oderwaniu i t. p. więzadeł, co się później okazało niesłusznem, gdyż były spostrzegane przypadki nawet dosyć ciężkiego pod względem klinicznym (zaczerwienienie, obrzęk, silne bóle, znaczne i długotrwałe ograniczenie ruchów, zaniki mięśniowe), wykręcenia stawu, w których nie stwierdzono żadnych wyraźnych zmian anatomicznych w przyległych doń więzadłach.

Według autora, istota wykręcenia stawu polega na o b r a ż e n i u l i c z n y c h z a k o ń c z e ń n e r w o w y c h, zawartych w niezmiernie dużej liczbie w w i ę z a d ł a c h p r z y s t a w o w y c h (tak licznych, jak w skórze opuszek palców). Z uszkodzonych zakończeń nerwowych wychodzi, na drodze odruchowej, bodziec chorobowy do mięśni otaczających i naczyń krwionośnych, sprowadzający przedewszystkiem zaburzenie miejscowej równowagi naczynioruchowej, przejawiające się prawie natychmiastowem wystąpieniem przekrwienia, obrzęku bólu i t. p. Zgodnie z powyższem tłumaczeniem, wykręcenie stawu byłoby nie tyle schorzeniem więzadeł, co — obwodowego układu nerwowego, a zwłaszcza układu naczynioruchowego.

Słuszności tego tłumaczenia dowodzą między innemi, niezmiernie dodatnie wyniki leczenia świeżych przypadków wykręcenia stawu wstrzykiwaniem do więzadeł przystawowych roztworu nowokainy. Wstrzyknięcie te, wstrzymując wychodzenie z uszkodzonych zakończeń nerwowych w więzadłach bodźców chorobowych do układu naczynioruchowego, przerywają tem samem ów wysoce niepożądany łuk odruchowy i uniemożliwiają powstawanie przekrwienia i obrzęku, znosząc jednocześnie ból, towarzyszący wykręceniu. Nie dopuszczają one również do powstawania późnych zmian w postaci zaników mięśniowych i wysięku stawowego. W tych, jednakże, przypadkach, w których już doszło do wytworzenia tego rodzaju późnych zmian, wstrzyknięcia nowokainy nie są już w stanie wywrzeć na nie działania leczniczego — co wynika z samego mechanizmu działania leczniczego tych wstrzykiwań.

Autor przytacza przykładowo opis paru spostrzeganych i leczonych przez siebie przypadków w których w następstwie nieprawidłowego ruchu w stawie skokowym nastąpiło jego wykręcenie — ze wszelkiemi tegoż następstwami klinicznemi: przekrwieniem, obrzękiem, zniesieniem ruchów i bólem. Zdjęcie rentgenowskie wykazało brak uszkodzeń układu kostnego. W kilka (do kilkunastu) godzin po wypadku autor wstrzyknął do więzadeł goleniowo-piętowych, goleniowo-napiętkowych i pozostałych więzadeł po obu stronach stawu skokowego 3 cm^3 1% nowokainy, rozcień-

czone 7 cm^3 roztworu fizjologicznego (bez adrenaliny). Bóle ustąpiły prawie natychmiast, ruchy powróciły w całej rozległości, obrzęk zniknął bardzo prędko. Wyleczenie zupełne i ostateczne zostało osiągnięte już po 1, rzadziej po 2 — 3 wstrzyknięciach.

Elementarne zasady i wskazówki co do przeprowadzania badań rozpoznawczych w dziedzinie urologji. (Quelques principes fondamentaux de l'urologie). M a r i o n.

La Presse Méd. Nr. 19, marzec 1934.

1) Przy ustalaniu rozpoznania w cierpieniach układu moczowego powinno się bez porównania większe znaczenie przypisywać objawom przedmiotowym (np. obecności ropy lub krwi w moczu), niż objawom podmiotowym (bóle i t. p.) — zależnym w dużym stopniu od wrażliwości osobniczej chorego.

2) Niemożność przeniknięcia do pęcherza zgłębnikiem może zależeć od skurczu zwieracza; przekonać się można o tem przy użyciu zgłębnika Béniqué, który zawsze umożliwi pokonanie tego skurczu.

3) Każdy przypadek krwiomoczu daje bezwzględne wskazanie do przeprowadzenia dokładnego badania całego układu moczowego.

4) Jeśli w przebiegu przerostu sterczu wystąpi krwiomocz, to można go uznać za powikłanie przerostu sterczu dopiero wówczas, kiedy się wyłączy możliwość wszelkiego innego tła tego krwawienia.

5) W przypadkach krwiomoczu nie należy otwierać pęcherza dotąd, dopóki się nie ustali miejsca krwawienia, gdyż po otwarciu pęcherza ustalenie to staje się naogół bardzo trudne do przeprowadzenia.

6) W przypadkach krwiomoczu pochodzenia nerkowego zgłębnikowanie moczowodów może doprowadzić do błędnych wniosków, gdyż można tutaj otrzymać krwawy mocz i ze zdrowej nerki (uszkodzenie śluzówki cewnikiem); lepiej jest oprzeć w tego rodzaju przypadkach decyzję co do tego, która strona krwawi, na wynikach pyelografji.

7) Stany znacznego zalegania moczu w pęcherzu mogą zależeć bądźto od przerostu sterczu (rokowanie poważne), bądź też od banalnego zwężenia cewki moczowej (rokowanie dobre) — w tym ostatnim przypadku cewnikowanie na stałe lub też otwarcie pęcherza bywają zbędne.

8) Ostre zupełne zatrzymanie moczu powinno się leczyć z początku zawsze tylko cewnikowaniem, gdyż może ono być wywołane zwężeniem cewki.

9) W każdym przypadku samoistnego zapalenia pęcherza, nie poddającego się zwykłemu leczeniu i zdradzającego tendencje nawrotowe, powinno się myśleć o tle gruźliczem.

10) W przypadkach zapalenia pęcherza — poza ostrą rzeżączką — nie należy nigdy zaniedbać obejrzenia pęcherza wziernikiem (kamień).

11) W razie stwierdzenia guza pęcherza (wziernikiem), powinno się zawsze jeszcze zbadać dodatkowo palcem przez odbytnicę lub pochwę — dla dokładniejszej oceny rozległości guza i jego operacyjności.

12) Cewnikowanie moczowodów powinno być zawsze poprzedzone dokładnem zbadaniem pęcherza (mogącego kryć przyczynę choroby).

13) Cewnikowanie moczowodów powinno dotyczyć jednocześnie obu stron, przyczem cewników nie wprowadza się głębiej jak na 10 — 15 cm. (nie powinny one przenikać do miedniczek nerkowych).

14) W każdym przypadku ropomoczu nerkowego, po wyłączeniu tła gruźliczego, powinno być wykonane zdjęcie rentgenowskie lub pyelografja.

15) Zdjęcie rentgenowskie w przypadkach kamicy nerkowej powinno obejmować zawsze cały układ moczowy (kamienie?).

16) Pyelografja wstępująca daje znacznie pewniejsze i bogatsze wyniki pod względem rozpoznawczym, niż pyelografja dożylna.

17) Nie wolno wnioskować o wydolności nerek na podstawie wyników pyelografji dożylnej, gdyż często nerka zupełnie sprawna daje bardzo słaby i niewyraźny cień miedniczki.

18) Chorzy na polipy pęcherza i na zwężenie cewki, po przebyciu odpowiedniego leczenia, powinni następnie stale kontrolować u lekarza stan swego pęcherza lub cewki, gdyż są narażeni na nawroty i późne powikłania.

19) Chorych na gruźlicę najądrza należy badać zarazem w kierunku gruźlicy układu moczowego (skryte postacie gruźlicy nerki?).

20) Stosowanie w dziedzinie urologji szczepionek bakteryjnych w celach leczniczych nie powinno się odbywać na ślepo, przed ustaleniem ścisłego rozpoznania.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

O nadczułości skóry u kiłowych. (Sur l'hypersensibilité cutaneé des syphilitiques). A. B e s s e m e n s, B. D u j a r d i n, M. W i s e r.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1933, Nr. 11.

Wielu autorów zajmowało się badaniami nad uczuleniem u kiłowych ale dopiero Noguchi wprowadził te badania na inne tory, stosując t. zw. luetynę, czyli karbolowaną emulsję hodowli krętków. Luetyna dawała wyniki dodatnie zwłaszcza w przypadkach kiły III i wrodzonej a nawet powstawał miejscowy odczyn około kilaków. U niekiłowych wyniki były ujemne. Po szeregu badań kontrolnych luetynę N. zdyskredytowano, jak również i inne szczepionki (niemieckie) zwłaszcza, gdy wykazano, że takie substancje jak rtęć, wyciągi gruczołowe, lecytyny, tuberkulina, serum, — dają u kiłowych również wyniki dodatnie. Fischerowi a potem Klausnerowi zawdzięczamy wprowadzenie do badań odczynników tkankowych z organów kiłowych (pneumonia alba), gruczoły kiłowe. Te substancje dawały zawsze wyniki ujemne u niekiłowych w L I. i L II, w tabes i paral. progr. a dodatnie w L III, w lues congenita tardiva i w L. maligna. Okazało się jednak, że nie wszystkie narządy kiłowe nadawały się do przyrządzania wyciągów. Za inicjatywą Müllera i Brandta sporządzono t. zw. „luotest" ze zmienionych kiłowo jąder królika. Dzisiaj jestto preparat najlepszy.

Dujardin wprowadził podział kiły na allergiczną i anallergiczną — i wiadomą jest rzeczą,

że uczulenie w przypadkach kiły allergicznej (np. lues III) można wykazać nietylko szczepiąc do skóry substancję specyficzną lecz i inne banalne białko (mleko, surowica końska), co więcej, że można anallergiczną kiłę przez szczepienie tych białek przemienić w allergiczną. (Niektórzy twierdzą, że działanie malarji w przypadkach paraliżu polega właśnie na zmianie kiły anallergicznej w allergiczną). Z powyższego wynika, że w kile istnieje uczulenie tylko częściowo specyficzne.

Na szeregu przypadków wykonał autor badania z luetyną, przyrządzoną według Noguchi'ego, stosując 2 szczepy krętków i do każdego szczepu po 2 substancje kontrolne. Wykonując badania z tymi sześcioma substancjami — uważano za dodatni odczyn wykwit grudkowo-rumieniowy, który przekraczał wymiary 2 × 2 centymetry.

Wnioski: 1) Tak u ludzi, jak i królików kiła wywołuje stan auto- i hetero-allergji, który jest najsilniej wyrażony w przypadkach L. III, a którego brak w schorzeniach paraluetycznych. 2) Stan ten można ujawnić przy pomocy ciał proteinowych, krętkowych lub innych (mleko, serum). 3) Stan ten jest silniej wyrażony u kobiet, co tłumaczy też inny przebieg zakażenia u kobiet, ich większe uczulenie, które mogą przekazać potomstwu. 4) Produkty krętkowe, krętki lub ich toksyny — nie działają wcale specyficznie lecz tylko jak białka, cokolwiek do tego celu odpowiedniejsze. 5) Zawiesiny krętków, zastosowane bezpośrednio na wykwity kiłowe (u królików) zdają się działać, jak specyficzne antygeny. Fakt ten wymaga jednak dalszego potwierdzenia zwłaszcza u niekiłowych. 6) Pewne rozpoznanie kiły przy pomocy prób doskórnych jest wykluczone.

Przypadek do histogenezy choroby Kaposi'ego. (Contribution a l'etude de l'histogenése de la maladie de Kaposi). M. G r z y b o w s k i.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1934, Nr. 2.

Schorzenie znane pod nazwą mięsakowości skóry typu Kaposi'ego jest jednostką chorobową klinicznie ściśle określoną. Istnieje natomiast wyraźna rozbieżność zapatrywań tyczących się histogenezy tego schorzenia.

Z licznych teorji patogenezy tego schorzenia najważniejsze są: bujania nowotworowego, szczególnej ziarniny, dysgenezji ściany naczyń i proliferacji elementów nerwowych i mięsnych (glomus neuro-myo-vascularis), pochodzenia z układu siateczkowo-śródbłonkowego i inne.

Ta rozbieżność zapatrywań skłoniła autora do dokładnego opracowania zmian histologicznych w 3 typowych przypadkach tego schorzeszych, w których schorzenie rozpoczynało się około 48 r. życia, było wybitnie przewlekłe, polegało na powstaniu początkowo sino-czerwonych plam, potem sino-czerwonych guzów różnej wielkości, częściowo przypominających naczyniaki — stopniowo twardniejących. Wykwity zajmowały głównie kończyny, pozatem twarz wkońcu resztę skóry. Stan ogólny we wszystkich przyp. był dobry.

W przypadkach tych spostrzeganych w ciągu kilku lat wykonano liczne badania histologiczne i zdołano odtworzyć rozwój tego schorzenia z punktu widzenia histopatologicznego. Z badań tych wynika, że schorzenie polega na proliferacji komórek łącznotkankowych ścian naczyń krwionośnych i na nowotworzeniu naczyń krwionośnych. Bardziej lub mniej dobrotliwy przebieg tego schorzenia zależy od cytoplastycznej energji potencjalnej komórek bujających. Dzisiaj nie jesteśmy jeszcze w stanie określić bliżej na czem polega ta energja.

Przeciwko teorji nowotworowej przemawia dobrotliwy przebieg schorzenia — znaczna skłonność do sklerozy i do samoistnego cofania się guzów i brak rzeczywistych przerzutów. Autor nie znalazł w swoich przypadkach żadnych elementów pochodnych tkanki mięsnej lub nerwowej w wykwitach; na określenie schorzenia jako „śródbłoniaka" (endothelioma) również nie może się zgodzić, gdyż komórki bujające ani topograficznie ani cytologicznie nie zachowują charakteru właściwego dla śródbłoniaków. Schorzenie omawiane należy uważać za szczególnego rodzaju angiomatozę, polegającą na bujaniu ścian naczyń.

Z. Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie objawów bólowych naświetlaniami rentgenowskiemi. Bardzo dobre wyniki udaje się osiągnąć, jeśli chodzi o łagodzenie bólów samoistnych czy też wtórnych, zapomocą naświetlań rentgenowskich. W przypadkach bólów samoistnych (typ nerwobólów) leczenie powyższe jest leczeniem przyczynowem, w przypadkach bólów wtórnych (np. zapalenia kości, okostnej, Paget, nowotwory złośliwe) — jest leczeniem naturalnie tylko objawowem. W przypadkach rwy kulszowej (w przypadkach zapuszczonych, nie poddających się żadnym innym sposobom leczenia) osiągnięto zapomocą naświetlań rentgenowskich w 70% wyleczenie zupełne, względnie znaczną poprawę, w przypadkach nerwobólów splotu barkowego — wyleczenie wzgl. dużą poprawę osiągnięto w 80%, w nerwobólach twarzy — w 60%. Podobne wyniki otrzymano w nerwobólach pourazowych, pooperacyjnych, talalgjach, kokcygodynji, herpes zoster i t. p.

Naświetleniu poddaje się okolicę odpowiednich korzonków rdzeniowych.

(La Presse Méd. Nr. 27. — Haguenau, Gally, Lichtenberg).

BIBLJOGRAFJA

DR. MED. W. SZENWIC. Niepłodność i niemoc płciowa u kobiet. Wyd. Eskulap. Warszawa r. 1934 r. str. 103.

W zwięzłej postaci podaje autor dokładne i pełne omówienie rozpoznania i leczenia niepłodności u kobiet. Przedmiot przedstawiony jest ładnym i zrozumiałym stylem, ujęty w szereg rozdziałów i zatytułowanych ustępów, dzięki czemu czyta się łatwo i bez trudu znaleźć można pożądaną informację. Całe dzieło podzielone jest na 3 zasadnicze części: 1) przyczyny, 2) rozpoznanie i 3) leczenie niepłodności. Oddzielnie omówiono sztuczne zapłodnienie i niemoc płciową.

Jedną z najbardziej spornych kwestji w zagadnieniu niepłodności kobiecej jest znaczenie dla niej zwężenia szyjki macicznej. Autor widzi w niem stosunkowo częstą przyczynę niepłodności i poleca rozszerzenie szyji szeregiem sposobów, z których najłagodniejszym jest zgłębnikowanie macicy. Ten niewielki zabieg daje zdaniem autora, niejednokrotnie pożądany wynik w postaci następowego zapłodnienia.

Przy czytaniu tego ustępu mimowoli nasuwa się obawa, żeby z rady powyższej nie skorzystali zbyt skwapliwie czytelnicy, co by mogło niekorzystnie odbić się na zdrowiu ich pacjentek, gdyby nie dość ściśle przestrzegali koniecznej przy tem aseptyki. Autor omawianej monografji z zasady nie omawia szczegółów wykonywania polecanych przez się zabiegów, nie podaje więc ich i w sprawie zgłębnikowania, licząc zupełnie słusznie, że czytelnikami będą tylko doświadczeni specjaliści. Możeby jednak specjalnie w tym zabiegu, tak kiedyś nadużywanym i tak kuszącym przez swą łatwość, należało podkreślić konieczność przestrzegania ścisłej aseptyki.

Jeszcze jedna sprawa bardzo sporna w omawianej dziedzinie nie jest w sposób kategorycznie rozstrzygnięta w omawianej ciekawej książce. Mianowicie na str. 65 autor, kończąc omówienie rozszerzenia szyjki pisze:

„Zabieg ten można połączyć ze skrobaniem śluzówki macicy, co jakgdyby odświeża śluzówkę i może mieć pobudzające działanie zarówno na rozwój, jak i na czynność dziecięcych narządów“.

Po tym ustępie przytacza głosy z literatury naogół nieprzychylne temu postępowaniu (Freund, Alfieri) lub przypisujące mu jedynie wartość rozpoznawczą (Mayer) — nie wypowiada jednak ostatecznie swego poglądu.

A szkoda, gdyż sprawa jest bardzo ważna i wyjaśnienie jej mogłoby bądź potwierdzić nadzieje stronników skrobanki leczniczej w niepłodności, bądź (co wydaje się niżej podpisanemu słuszniejszem) — potępić ten zabieg, grożący, jeśli nie ciężkiemi powikłaniami dla zdrowia i życia (zapalenie przydatków, łatwe przebicie niedorozwiniętej macicy i t. d.), to przynajmniej zmniejszeniem lub całkowitem przerwaniem i tak skąpych w tych przypadkach miesiączek.

Nasuwające się powyżej uwagi, wyrażające o s o b i s t e poglądy piszącego niniejsze sprawozdanie mają na celu jedynie dokładniejsze oświetlenie niektórych ustępów omawianej cennej i ciekawej książki.

Jest to istotnie dziełko ze wszechmiar godne polecenia, tak dla ginekologa specjalisty w pierwszym rzędzie, jak i dla lekarza ogólnego, pragnącego się zorjentować w zagadnieniu niepłodności u kobiet.

Tadeusz Zawodziński.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA“, Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.